



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

- + *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
- + *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
- + *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
- + *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

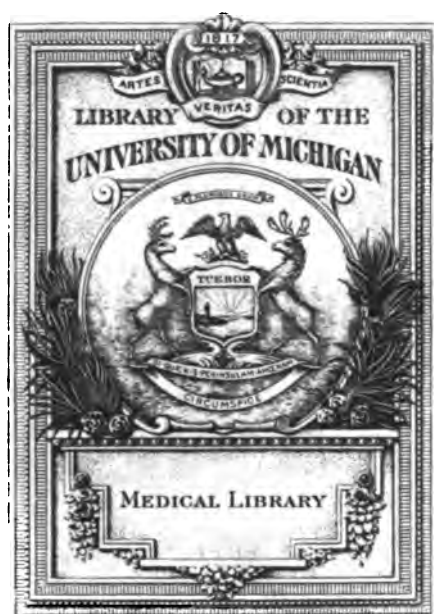
En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse <http://books.google.com>



A

3 9015 00385 446 3

University of Michigan - BUHR



610.5

A16

C5b



BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ
IMPÉRIALE
DE CHIRURGIE
DE PARIS



BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ

IMPÉRIALE

DE CHIRURGIE
DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1866.



2^e SÉRIE

TOME SEPTIÈME.

PARIS

VICTOR MASSON ET FILS

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1867

ad
: n. 10
2-28-35
2.340

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ
IMPÉRIALE
DE CHIRURGIE
DE PARIS

SÉANTE RUE DE L'ABBAYE.

SÉANCE DU 3 JANVIER 1866.

Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de médecine;

La Gazette médicale de Strasbourg;

Le Bulletin général de thérapeutique;

Les Archives générales de médecine.

M. Ehrmann (de Mulhouse) adresse des observations et des moules d'opérations de palatoplastie qui sont remis à M. Verneuil, pour en donner une communication complète.

M. LARREY offre à la Société, de la part de M. Daga, une brochure intitulée : *Du Psoritis*; et de la part de M. Th. Longmore, une brochure intitulée : *Remarques sur l'ostéomyélite consécutive aux coups de feu*, etc.

M. VERNEUIL présente la thèse inaugurale de M. Cluzeau intitulée : *De quelques fractures rares du maxillaire inférieur*.

M. DEPAUL s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

2^e série. — TOME VII.

ÉLECTIONS.

M. le Président procède par voie de tirage au sort à la nomination d'une Commission chargée de l'examen des archives.

Cette Commission se trouve composée de MM. Guérin, Chassaignac et Després.

Un deuxième tirage au sort a lieu pour la nomination d'une Commission composée de cinq membres chargés d'examiner les comptes du trésorier.

Cette Commission se trouve composée de MM. Danyau, Boinet, Désormeaux, Dolbeau et Depaul.

Comité de publication. — A la majorité absolue sont nommés du Comité : MM. Foucher, Follin, Marjolin.

Commission des congés. — Sont nommés membres de cette Commission : MM. Boinet, Forget, Dolbeau.

La Société procède ensuite à l'élection d'un membre associé étranger.

Sur 28 votants :

M. Vanzetti (de Padoue) obtient 27 suffrages.

M. Marion Sims 1 —

En conséquence, M. Vanzetti est élu membre associé étranger.

CORRESPONDANTS NATIONAUX.

Sur 29 votants :

MM. Gaujot obtient 29 voix.

Courty. . . 28 —

Oré. . . 28 —

Pétrequin. . 26 —

Hergott . . 25 —

Ehrmann . . 23 —

Bœckel. . . 22 —

Berchon . . 20 —

Heurtaux . . 20 —

En conséquence sont nommés membres correspondants nationaux :

MM. Gaujot, Courty, Oré, Pétrequin, Hergott, Erhmann, Bœckel, Berchon, Heurtaux.

CORRESPONDANTS ÉTRANGERS.

Sur 28 votants :

MM. Donders obtient.	28 voix.
Th. Longmore	27 —
Bilroth	26 —
Brown-Séquard.	26 —
T. Holmes	25 —
Humphry.	25 —
Gurlt	24 —
Heudorfer	24 —
Smith.	23 —
Emmert	22 —

La séance est levée à cinq heures et un quart.

Le secrétaire annuel, Hipp. Blot.

SÉANCE ANNUELLE DU 10 JANVIER.

Présidence de **M. BROCA**.

M. BROCA, président sortant, rend compte de l'état de la Société. (Voir à la fin du volume de 1865).

M. LEGUEST, secrétaire général, fait le compte rendu annuel des travaux de la Société. (Voir à la fin du volume de 1865). Il proclame ensuite les noms des lauréats et ceux des nouveaux membres de la Société.

PRIX DUVAL.

Messieurs,

La Société de chirurgie décerne, tous les ans, à l'auteur de la meilleure thèse inaugurale soutenue dans l'année, un prix fondé par la générosité de l'un de ses anciens membres honoraires, **M. René Duval**.

L'an dernier, aucun des candidats qui ont présenté leur thèse au concours ne réunissant les conditions du programme dicté par le donateur, la Société n'a pas eu à donner le prix. Cette année, la commission nommée pour examiner les thèses de nos jeunes confrères en a reçu huit et leur a rendu la justice qu'elles méritent. Mais tout en s'applaudissant d'avoir eu à examiner des travaux di-

gnes d'intérêt, elle fait remarquer que plusieurs d'entre eux sont purement théoriques, traitent de sujets de pathologie spéciale et s'éloignent ainsi des vœux exprimés par M. Duval. C'est pourquoi nous rappellerons que le prix Duval a été institué pour les thèses de chirurgie pure soutenues dans l'année, ayant surtout un caractère pratique, et particulièrement composées d'observations recueillies pendant le séjour de leurs auteurs dans les hôpitaux.

D'après le rapport de votre commission, le prix Duval, pour 1865, a été accordé à M. E. Cruveilhier pour sa thèse *sur les abcès des os*, et une mention honorable à M. Duplay pour sa thèse *sur les collections séreuses et hydatiques de l'aîne*, et à M. Perret pour sa thèse *sur les tumeurs sanguines intra-pelviennes pendant la grossesse*.

NOMINATIONS DE NOUVEAUX MEMBRES.

Dans sa séance du 3 janvier, la Société a nommé

ASSOCIÉ ÉTRANGER :

M. le docteur Vanzetti de Padoue.

MEMBRES CORRESPONDANTS NATIONAUX :

- MM. Gaujot, professeur agrégé au Val-de-Grâce ;
Courty, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier ;
Oré, chirurgien de l'hôpital Saint-André et professeur à l'École de médecine de Bordeaux ;
Pétrequin, ancien chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu et professeur à l'École de médecine de Lyon ;
Hergott, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg ;
Ehrmann, de Mülhouse, ancien chef des travaux anatomiques à l'École de médecine d'Alger ;
Bæckel, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg ;
Berchon, ancien chef des travaux anatomiques à l'École navale de Rochefort, directeur du service de santé de la Gironde, à Pauillac ;
Heurtaux, professeur suppléant à l'École de médecine de Nantes, chirurgien suppléant à l'Hôtel-Dieu.

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS :

- MM. Bilroth, professeur de chirurgie à Zurich ;
Brown-Séquard, grand prix de l'Institut de France, professeur de physiologie à Richmond ;

Donders, professeur de physiologie et d'ophthalmologie à Utrecht ;

Gurlt, professeur de chirurgie à Berlin ;

Emmert, professeur de chirurgie à Berne ;

Holmes, chirurgien de l'hôpital Saint-Georges, à Londres ;

Humphry, chirurgien de l'hôpital Addenbrooke, à Cambridge ;

Longmore, inspecteur général adjoint des hôpitaux militaires, professeur à l'École de chirurgie militaire de Netley (Angleterre) ;

Neudorfer, professeur de chirurgie militaire à Prague ;

Smith, chirurgien de l'hôpital de Belle-Vue, à New-York.

M. BLOT, secrétaire annuel, lit une Notice scientifique sur la vie et les travaux de Cazeaux. (Voir les *Mémoires de la Société*).

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 17 JANVIER 1866.

Présidence de **M. GIRALDÈS.**

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. BROCA, président sortant, prononce l'allocution suivante :

Messieurs et chers Collègues,

Au moment de descendre de cette estrade où, sous des titres divers, vos suffrages m'ont si longtemps maintenu, j'éprouve le besoin de vous exprimer toute ma gratitude. Vous m'avez nommé successivement secrétaire annuel, secrétaire général, vice-président, et l'année dernière, enfin, vous m'avez fait l'honneur de m'appeler à vous présider. Je suis fier d'avoir obtenu tant de marques de votre confiance, et si quelque chose m'a manqué pour m'en montrer digne, ce n'est du moins, j'ose le dire, ni le zèle pour les intérêts de la Société, ni le sentiment profond de reconnaissance que je lui dois.

J'invite **M. le président Giraldès** à prendre possession du fauteuil de la présidence.

M. GIRALDES, en prenant la présidence pour l'année 1866, prononce l'allocution suivante :

Messieurs et très-chers Collègues,

En prenant la place occupée par mon éminent collègue, avant d'inaugurer les travaux de l'année, j'ai un double devoir à remplir : demander à la compagnie de voter des remerciements à son bureau de l'année dernière, et en particulier à son président, M. Broca.

La Société se rappelle que c'est à l'initiative intelligente, à l'active et constante intervention de son dernier président, que des mesures d'ordre intérieur, dans le but de développer l'influence et la prospérité de la Société de chirurgie, ont été proposées et adoptées. Les résultats heureux qu'elles ont déjà produits vous ont été exposés dans la séance annuelle. M. Broca, en sa qualité de secrétaire général ou de président de la Société de chirurgie, a mis sans hésitation au service de la compagnie son zèle, son temps et son activité ; sa présidence comptera comme une des plus utiles à la Société impériale de chirurgie.

Il me reste, Messieurs, un autre devoir, et celui-ci m'est bien doux à accomplir : j'ai à prier mes collègues de recevoir mes vifs remerciements, ma profonde reconnaissance pour l'honneur qu'ils m'ont déferé en m'appelant à diriger vos travaux. Mais, Messieurs, l'honneur que vous avez bien voulu m'accorder me rend un peu exigeant, et je vous prie de le compléter en me prêtant votre concours et votre bienveillante sympathie pour m'aider à remplir les délicates fonctions que vous m'avez confiées.

C'est surtout à nos jeunes collègues que je m'adresse plus particulièrement. A eux, en effet, incombe la mission de tenir notre compagnie le plus près possible du tourbillon scientifique, et d'en mesurer les oscillations ; il leur appartient d'appeler devant vous les découvertes récentes et les faits controversés. C'est au sein de la Société de chirurgie qu'ont germé et se sont développées des questions chirurgicales importantes, portées plus tard en pleine fleur dans une autre enceinte. Sans doute, certains faits de chirurgie peuvent recevoir ailleurs un plus grand retentissement, ici ils sont mesurés et pesés à leur juste valeur. Rappelez-vous, enfin, que des découvertes ou des nouveautés douteuses évitent soigneusement votre contrôle, pour aller s'étaler pompeusement ailleurs.

Messieurs, l'art et la science de la chirurgie ne sont pas cantonnés dans le périmètre des fortifications de Paris, elle ne reconnaît point de frontières. Suivez donc d'un œil attentif les progrès de notre science, ne laissez point sommeiller dans les oubliettes de vos car-

tous les travaux envoyés des départements et de l'étranger ; les confrères qui s'adressent à nous ont droit à être entendus. A vous donc, jeunes collègues, la tâche d'entretenir le feu sacré parmi nous, et de maintenir toujours cette excitation intellectuelle, âme des sociétés scientifiques. Rappelez-vous, enfin, que la devise de la Société impériale de chirurgie : « Vérité dans la science, » comprend aussi : « Travail et progrès. »

CORRESPONDANCE.

- MM.** Berchon, directeur du service sanitaire de la Gironde ;
Boeckel, professeur agrégé à l'École de médecine de Strasbourg ;
Ehrmann, de Mulhouse, ancien chef des travaux anatomiques à l'École de médecine d'Alger ;
Hergott, professeur agrégé à l'École de médecine de Strasbourg ;
Heurtaux, professeur à l'École secondaire de médecine de Nantes ;
Oré, professeur de physiologie à l'École secondaire de médecine de Bordeaux ;
Pétrequin, professeur de pathologie externe à l'École secondaire de médecine de Lyon ;

Adressent des lettres de remerciements à l'occasion de leur nomination de membres correspondants.

La Société reçoit également des lettres de remerciements de **MM.** T. Holmes, de Londres, et Thomas Longmore, nommés membres correspondants étrangers.

— **M. LARREY** offre au nom de M. le docteur H. Lespiau, médecin-major à l'hôpital du Gros-Caillou, un mémoire intitulé : *Exposé clinique des blessures de guerre soignées dans les hôpitaux militaires français de Puebla et de Cholula.*

— **M. VERNEUIL** présente le *Traité de Laryngoscopie* de M. le professeur V. Bruns, de Tubingen.

Galvano-caustique chimique. — M. le professeur **VELPEAU** présente, au nom de M. le docteur L. Ciniselli, membre correspondant, un mémoire imprimé renfermant une série d'observations sur l'emploi de la galvano-caustique chimique. Ce travail est accompagné de la lettre suivante :

A la Société impériale de chirurgie de Paris.

Messieurs,

Les derniers mots prononcés par M. Dolbeau, à la séance du 27 dé-

cembre, à l'occasion de la discussion sur le traitement des polypes naso-pharyngiens, m'obligent de communiquer à cette savante Société mes observations à l'appui de son opinion sur l'importance que l'électro-chimie va acquérir dans le traitement de cette maladie. Je fais d'autant plus volontiers cette communication à la Société de chirurgie, qu'elle a eu la complaisance d'écouter celle que j'ai faite en 1860 (séance du 5 septembre). J'appelais son attention sur les cautérisations électro-chimiques, en lui montrant, avec l'appui des expériences et des faits cliniques, le parti que la chirurgie pourrait tirer de cette nouvelle méthode de cautérisation, que j'appelais *galvano-caustique chimique*, pour la distinguer de la galvano-caustique jusqu'alors connue, opérée par la chaleur électrique que je signalais par le nom de *thermique*. La théorie relative, les histoires choisies parmi les maladies traitées, les règles pour son application, ont été exposées dans mes *Études de l'action chimique de l'électricité sur les tissus vivants et de ses applications à la thérapeutique*, publiées en 1862, que j'ai présentées à cette Société, avec un résumé qui a eu l'honneur d'être imprimé dans ses Bulletins.

Maintenant j'envoie en hommage à la Société un recueil d'observations de galvano-caustique chimique, qui vient de paraître dans les *Annali Universali di Medicina*. Ce recueil se compose d'observations de grenouillette, de tumeur cancéreuse (observation de grand intérêt pratique), de rétrécissement de l'urètre, de polype nasal, de tumeur érectile pulsatile. Quant au polype naso-pharyngien, le recueil ne renferme que l'observation présentée par M. Nélaton à l'Académie des sciences, en 1864, parce qu'aucun cas de cette nature ne s'est présenté à ma pratique depuis 1856, époque à laquelle j'ai commencé à traiter des tumeurs et différentes maladies par l'action électro-chimique du courant. Cependant les observations recueillies, et en particulier celles qui se rapportent aux polypes des fosses nasales, sont en faveur de l'opinion de M. Dolbeau, et je crois que c'est à l'électro-chimie de faire disparaître de la pratique les opérations qui l'ont précédée dans le traitement des polypes naso-pharyngiens.

En effet, les guérisons déjà obtenues par l'illustre clinicien de Paris, confirmées depuis longtemps dans une maladie dont la récurrence est si facile, sont encourageantes ; il ne manque que des observations nombreuses pour assurer que la guérison qu'on obtient par son emploi est radicale.

Sous ce point de vue, les deux observations de mon recueil, relatives au polype nasal, ne sont pas dépourvues d'intérêt.

Dans un cas, le polype occupait la fosse nasale dans toute son

étendue, déplaçant la cloison et l'os du nez correspondant ; il a été détruit en neuf séances par la galvanocaustique alcaline, je veux dire par l'introduction dans sa masse d'une seule aiguille communiquant avec le pôle négatif (Obs. XII).

L'autre cas (Obs. XIII) regarde un enfant de vingt-deux mois, dont le polype, après avoir rempli la fosse nasale et avoir déplacé l'os du nez correspondant, se fit jour à la région lacrymale, et grossit au point de chasser le globe oculaire hors de l'orbite. C'est sur la tumeur orbitaire que la galvanocaustique a été appliquée, en ayant soin d'enfoncer les aiguilles à travers la perforation de l'unguis qui avait livré passage au polype. Cinq séances suffirent pour débarrasser le petit malade de la cruelle maladie. La tumeur orbitaire détruite, l'œil reprit sa place, la cavité nasale devint libre, et l'ouverture de l'unguis se ferma.

Mais, chose remarquable sur laquelle je rappelle votre attention, honorables Messieurs, les restes de la tumeur qui existaient encore après la chute des eschares, sans apparence de mortification, disparurent spontanément. Une de ces guérisons date de six mois, l'autre de cinq, constatées par des examens successifs.

Ce fait, qui pourrait inspirer des doutes, et qui d'abord est surprenant, est peut-être confirmé par les observations mêmes rapportées par M. Dolbeau, empruntées à la pratique de M. Nélaton ; car je suppose que l'illustre professeur n'aura pas attaqué la racine des tumeurs, mais qu'il aura implanté les aiguilles dans leur masse.

Bien que surprenant, cependant il me semble que le phénomène peut trouver une explication facile, en considérant que l'action du courant ne peut pas manquer tandis qu'on cherche ses effets chimiques, qu'on s'en est servi pour résoudre les engorgements chroniques des glandes cervicales ; qu'elle déploie toute sa force lorsque le courant est transmis à l'aide de l'acupuncture, comme dans les cas dont il est question.

En me tenant à des observations répétées, je puis affirmer que la diminution des tissus pathologiques traités par la galvanocaustique chimique n'est pas proportionnée à la destruction matérielle opérée ; elle est toujours plus grande et continue encore quelque temps après la chute des eschares ; je puis affirmer aussi que le tissu pathologique, débarrassé des eschares, occupe la place de celles-ci, au lieu de présenter une cavité, comme après la chute des eschares faites par les caustiques chimiques ; la masse du tissu pathologique, qui semble avoir acquis une contractilité particulière, revient sur elle-même d'une manière sensible et extraordinaire.

C'est aux observations cliniques nombreuses de confirmer ces faits

qui promettent d'apporter à la pratique chirurgicale de grands avantages. La Société de chirurgie est appelée à en apprécier au juste la valeur.

COMMUNICATIONS.

M. SERRES (d'Alais), membre correspondant, fait à la Société diverses communications sur les sujets suivants :

Fistules pharyngiennes bilatérales. — La rareté de ces fistules congéniales m'engage à porter à votre connaissance trois cas observés dans ma pratique.

Le premier sujet offert à mon examen était une jeune fille d'une dizaine d'années. Elle avait sur les parties latérales du cou, au-dessous de l'angle de la mâchoire, sur le bord antérieur du muscle cléido-mastoïdien, à droite et à gauche, une très-petite ouverture fistuleuse, depuis sa naissance, ayant la dimension de points lacrymaux, avec un léger enfoncement infundibuliforme.

Par cette ouverture sortait un liquide filant, clair comme de la salive:

Un petit stylet pénétrait facilement dans ces deux fistules, mais n'arrivait jamais dans le pharynx; — mais une injection colorée pénétrait dans l'arrière-gorge, au-dessous des amygdales.

Cette infirmité fut guérie par les injections de teinture d'iode pure.

Deux autres sujets atteints de la même maladie, mais beaucoup plus jeunes, ont paru à ma consultation et n'y sont plus revenus.

Traitement des ophthalmies dites catarrhales et des ophthalmies scrofuleuses, ulcéreuses, vésiculeuses. — Quel que soit le caractère de ces ophthalmies, pourvu qu'elles n'aient pas une origine traumatique, elles guérissent toutes à peu près et fort rapidement par le badigeonnage extérieur des paupières légèrement closes, avec un pinceau trempé dans l'eau pure, passé et repassé plusieurs fois dans l'azotate d'argent ou bien trempé dans une solution titrée à 60 centigrammes pour 40 grammes, ou bien encore par l'application d'un morceau de linge recouvert d'une couche de pommade faite avec 60 centigrammes du même sel et 40 grammes d'axonge qu'on laisse séjourner huit à dix minutes sur les paupières fermées.

Si la peau devient noirâtre à la suite de ce pansement, les paupières tuméfiées s'affaissent, se rident, s'ouvrent, la photophobie disparaît; l'œil supporte la clarté du jour; cette amélioration se manifeste en sept ou huit heures, avec un changement accentué dans la couleur conjonctivale.

L'ophthalmie catarrhale, souvent fort rebelle, guérit en deux ou trois pansements.

Quant aux ophthalmies ou conjonctivites vésiculeuses, ulcéreuses,

il faut renouveler ces pansements une fois par jour, le matin ou le soir, pendant une quinzaine de jours au plus, pour assurer la guérison.

Si on les suspend trop tôt, l'inflammation strumeuse reparait avec une sorte de fureur, le gonflement de la conjonctive est extrême, l'écoulement abondant, les granulations vésiculeuses se dessinent dès que les paupières ont repris leur couleur normale. Mais dans les quelques heures qui suivent le nouveau badigeonnage, si la peau est bien noircie, tout rentre dans l'ordre et s'y maintient sous l'influence de cette coloration.

Il n'est pas utile que le remède azotique argenté pénètre dans l'œil, mais il faut qu'il affleure la zone ciliaire de chaque paupière.

Des expériences nombreuses et comparées démontrent l'inefficacité douloureuse de l'introduction du caustique au contact conjonctival, et la puissante action thérapeutique du badigeonnage noircissant sans surexciter la sensibilité.

L'état de la peau des paupières, souvent recouverte de vésicules simples ou ulcérées, de croûtes eczémateuses, contre-indique momentanément l'emploi de notre médication. On diminue ces complications avec les bains sulfureux ou les bains de sublimé, à la dose de 6 ou 8 grammes, en ayant la précaution de laver les deux yeux et la figure tout le temps de l'immersion avec un linge trempé dans l'eau du bain lui-même; puis on revient au badigeonnage, si l'inflammation conjonctivale ou cornéenne survit à celle de la peau.

La rapidité et la constance des résultats obtenus par la formule du badigeonnage noircissant mettent en évidence et hors de doute les rapports immédiats de l'effet à la véritable cause.

Granulations du cartilage tarse supérieur, entretenant les kératites et altérant la transparence de la cornée, traitées avec succès par l'acide chromique monohydraté. — Ces granulations, dures, saillantes, acquièrent souvent et dépassent même le volume d'une grosse tête d'épingle: elles sont séparées par des sillons profonds; elles sont très-réfractaires aux caustiques généralement employés et aux modificateurs plus doux, tels que l'acétate de plomb, etc., qu'en leur oppose avec tant de persévérance.

Complètement édifié sur la lenteur de ces remèdes ou leur inutilité, j'ai dû tenter l'ablation partielle du cartilage dans sa partie la plus granulée. Cette opération, d'ailleurs fort simple, a été pratiquée plusieurs fois avec l'assurance d'avoir sauvé des yeux gravement compromis.

Quand j'ai eu connaissance des résultats obtenus en Belgique par l'usage de l'acide chromique, j'ai dû aussi tenter cette voie nouvelle de guérison.

Les premiers essais faits avec l'acide chromique tout à fait liquide ayant été nuls, j'en ai entrepris d'autres avec l'acide chromique cristallin à l'état pâteux ou monohydraté. Les succès ont été complets, saisissants.

Un petit fragment, gros comme une lentille, est déposé sur du verre, au contact de l'air ; il tombe en déliquium.

Un corps long et arrondi à son extrémité principale est légèrement mouillé ; on le passe sur les granulations du cartilage tarse, préalablement renversé et abaissé de façon à protéger l'œil ; puis, avec un linge fin, on essuie de manière à enlever l'excès d'acide et empêcher que la moindre particule de celui-ci soit mise en contact avec la conjonctive oculaire recouverte ; après une minute d'exposition à l'air, les granulations ayant toutes un aspect jaunâtre, desséché, on explore la surface malade pour s'assurer s'il y a lieu de passer l'acide sur des points échappés à la première application. Quand le second badigeonnage complémentaire est terminé, un pinceau trempé dans l'eau fraîche est passé sur le cartilage pour enlever l'acide non combiné avec la végétation ; le pansement est fait.

Il suffit de deux à huit pansements, à cinq jours d'intervalle, pour guérir cette maladie, sans laisser les traces de tissus inodulaires que déterminent, sur la conjonctive tarsienne, les agents de cautérisation habituellement employés, et pour rendre à la cornée toute sa transparence.

La douleur provoquée par l'application est à peu près nulle ; les malades peuvent reprendre immédiatement après leurs occupations accoutumées.

On peut rigoureusement mettre hors de cause l'action caustique du remède, si l'on veut se rendre compte du mode d'effet de l'acide chromique contre les granulations d'apparences variqueuses. La combinaison chimique est trop limitée pour expliquer la guérison par ces destructions successives si peu proportionnées avec la grandeur des effets thérapeutiques.

Ophthalmie purulente. — Si l'on examine attentivement un œil atteint d'ophthalmie purulente, on remarque en général que chaque quart d'heure le pus infecteur et corrodeur s'accumule entre le globe oculaire et les paupières agglutinées, qu'il jaillit avec une certaine force dès qu'on lui ouvre une issue en les séparant.

Partant de ce fait important, il faut, pendant trois jours consécutivement, tous les quarts d'heure pendant le jour, toutes les demi-heures pendant la nuit, ouvrir les paupières et enlever le pus formé soit avec un pinceau trempé dans l'eau tiède, légèrement miellée et vinaigrée, soit avec une seringue chargée du même liquide.

J'affirme que ce traitement, si souvent employé dans l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, m'a rendu et me rend chaque jour les services les plus signalés et les plus constants, lorsqu'il est suivi avec une religieuse exactitude au moment nécessaire.

Mais pour obtenir la ponctuelle observation du traitement, il faut donner à ces prescriptions une sanction morale énergique, en déclarant à la mère qu'on la rend responsable de la guérison ou de la perte des yeux de son enfant.

Le troisième jour, le danger est conjuré et la mère, charmée d'avoir pleinement réussi, oublie ses insomnies, les peines passées, sans rancune pour la rigueur des prescriptions d'ailleurs si en rapport avec les chances à courir.

C'est ici le cas de rappeler les effets du badigeonnage noircissant pour arrêter de bonne heure les ophthalmies catarrhales des jeunes enfants et même des adultes, car ces affections sécrétantes légères sont parfois des signes prémoniteurs trop souvent méconnus.

Chémosis. — Quand d'une manière tout exceptionnelle le chémosis prend dans cette maladie une prédominance marquée sur la purulence, comme dans toutes autres inflammations oculaires, il est urgent d'inciser la cornée et la sclérotique, pour faire cesser l'étranglement qui étouffe la cornée et la mortifie ; une longue expérience m'a démontré la prééminence de ces moyens sur tous les autres ; la nature elle-même nous montre souvent cette voie libératrice d'un essai de pression en ouvrant (trop tard souvent) elle-même la cornée par une perforation ulcéreuse.

DISCUSSION.

Ophthalmie purulente des nouveau-nés.

M. VELPEAU. Les moyens de traitement que vient de préconiser **M. Serres**, et les résultats qu'il en obtient sont trop en dehors de ce que nous voyons habituellement, pour que je ne croie pas nécessaire de demander à notre collègue des renseignements plus précis. L'ophthalmie scrofuleuse est pour moi une kératite avec ulcération. Cela paraît être dans la bouche de **M. Serres** une dénomination vague embrassant plusieurs espèces d'inflammations oculaires. Le badigeonnage au nitrate d'argent de la surface externe des paupières s'adresse-t-il plus particulièrement à l'une ou l'autre de ces lésions, ou les guérit-il toutes ?

M. SERRES. L'ophthalmie scrofuleuse est une affection complexe, elle tend à la chronicité, elle s'accompagne entre autres phénomènes persistants de photophobie, et l'on trouve, en ouvrant les paupières,

des lésions variables. Quelles que soient ces lésions, le badigeonnage des paupières m'a donné de bons résultats. Je fais exception bien entendu pour les granulations, contre lesquelles j'ai mis en usage l'acide chromique.

M. LE FORT. Le nitrate d'argent agit-il chimiquement ou simplement en colorant en noir la surface externe des paupières ?

M. SERRES. J'ai vu le nitrate d'argent appliqué directement sur la conjonctive ne pas agir. Je ne suis donc pas disposé à invoquer une action chimique d'ailleurs bien difficile à démontrer. Je ne puis cependant admettre que le noircissement des paupières explique l'action de la médication que je préconise. Rien n'est plus fâcheux que de soustraire du contact de la lumière les enfants atteints d'ophtalmies scrofuleuses. Il est d'ailleurs difficile de se rendre un compte exact de beaucoup d'autres médications.

M. LE FORT. Je dirai seulement, à propos de cette partie de la communication de M. Serres, que j'ai employé les badigeonnages avec la teinture d'iode et le collodion avec certains avantages, mais sans obtenir les succès dont nous parle notre honorable collègue. Ces moyens m'ont paru surtout utiles pour réprimer la vascularisation, souvent très-notable, des paupières dans l'ophtalmie des nouveau-nés. Le collodion a encore l'avantage de favoriser leur renversement et de faciliter l'écoulement du pus. Mais à propos même de ces ophtalmies purulentes, je ne crois pas que l'on puisse laisser établir que la guérison est la conséquence nécessaire du traitement. J'ai fait laver les yeux chaque heure avec un collyre contenant de la teinture d'iode et de la glycérine, et j'ai vu cependant des cornées devenir blanchâtres, deux fois elles se sont perforées. J'ai vu aussi l'ophtalmie persister avec toute sa force après la perforation. Je m'éloignerais donc encore ici des idées professées par M. Serres, et n'oserais suivre son exemple en ponctionnant un œil atteint d'ophtalmie purulente. Pour juger une semblable méthode, il faudrait d'ailleurs une statistique bien complète.

M. FOLLIN. M. Serres m'a paru confondre les formes graves et légères des ophtalmies. La conjonctivite simple, dite catarrhale, guérit très-simplement par quelques lotions, des astringents, quelquefois spontanément. Quant à l'ophtalmie dite scrofuleuse, si bien étudiée par nous dans sa forme anatomique, c'est une kératite pustuleuse ou ulcéreuse. Les caustiques violents me paraissent condamnables ; l'atropine, les lotions chaudes, le régime, le changement de climat, agissent efficacement. Le temps est souvent un indispensable auxiliaire ; mais à une certaine période les révulsifs, en particulier les vésicatoires sur les paupières, préconisés par M. Velpeau, peuvent

déterminer la guérison. Il y a donc, dans ces cas complexes, des indications variées à remplir, qui sont gouvernées et par l'espèce morbide, et par ses phases, et par l'état de santé du malade. Aussi ne puis-je m'empêcher de remarquer que le moyen préconisé par M. Serres répond à bien des indications et résout bien des difficultés. Je ne dirai rien de l'emploi de l'acide chromique, que je n'ai pas essayé contre les granulations palpébrales. Je reste, je l'avoue, un peu surpris de la rapidité si grande de la guérison, même avec un agent si énergique.

M. TRÉLAT. J'ai eu presque constamment à traiter des ophthalmies purulentes à la Maternité depuis deux ans. C'est après quelques tâtonnements que je suis arrivé à adopter une méthode uniforme de traitement. Je dois dire qu'après avoir essayé en particulier, et dans les meilleures conditions de bonne exécution, les lavages répétés simples, je suis resté convaincu qu'ils n'étaient suffisants que dans les cas très-simples. Pour peu que l'ophthalmie soit grave, il faut des collyres, et je suis arrivé à formuler des solutions beaucoup plus énergiques que celles que j'employais au début; je n'ai qu'à m'en louer. Les lavages viennent admirablement en aide aux collyres. Mais il est certains cas où je suis obligé de scarifier les conjonctives. Enfin, je recours avec grand avantage au sulfate de cuivre à une période plus avancée, lorsque la maladie se prolonge. Il est des circonstances où même, avec cet appareil de moyens, l'on ne réussirait pas si l'on n'isolait pas les enfants. Les résultats que j'obtiens sont satisfaisants. J'ai perdu l'année dernière cinq ou six yeux; mais dans l'immense majorité des cas j'ai pu arriver sûrement à la guérison.

M. GUYON. J'ai eu à traiter, dans les hôpitaux de Villas et Cochin, un nombre assez grand d'ophthalmies purulentes des nouveau-nés: chez un seul enfant un des yeux a été perdu. Le traitement que j'ai mis en usage est analogue à celui que préconise M. Trélat. Je crois seulement qu'il est plus utile de répéter les applications des collyres que d'en élever le titre. Aussi je ne dépasse jamais un gramme pour trente. Si l'ophthalmie est grave, trois applications sont régulièrement faites dans les vingt-quatre heures. Les irrigations et lavages, déjà préconisés par M. Chassaignac, sont indispensables dans tous les cas, et peuvent suffire pour les ophthalmies catarrhales. Les scarifications rendent de véritables services dans les cas de vascularisation auxquels faisait allusion M. Le Fort; mais leur usage est assez limité.

M. DEPAUL. La marche de cette discussion m'amène aussi à dire ce que j'ai fait à l'hôpital des Enfants Assistés, et depuis trente ans à la clinique d'accouchement. M. P. Dubois affirmait qu'il est infini-

ment rare qu'un enfant perdît les yeux lorsqu'il était soigné d'une manière convenable. Je puis soutenir la réalité de son dire. Et cependant le traitement que préconisait M. P. Dubois, le seul auquel j'aie recours, est bien simple. Mais il faut qu'il soit exécuté par une personne dévouée, avec le soin le plus minutieux. Je me garde bien, toutefois, de faire réveiller les enfants toutes les demi-heures, comme le veut M. Serres : c'est une torture inutile. Je fais pratiquer les lavages avec une petite seringue; il est facile, avec quelque attention, de parfaitement balayer le pus sécrété par les conjonctives. Deux ou trois fois par vingt-quatre heures sont introduites quelques gouttes d'un collyre au nitrate d'argent, contenant 5 ou 10 centigrammes de sel pour 20 grammes d'eau. Je mets, bien entendu, à part les enfants assistés et ceux qui sont pris au milieu de ces épidémies d'ophthalmies qui précèdent ordinairement les épidémies puerpérales; mais, en dehors de ces conditions spéciales, le traitement que je viens d'indiquer guérit sûrement lorsqu'il est bien appliqué. Le secret de la guérison est surtout dans les soins minutieux.

M. TARNIER. Je suis de l'avis de M. Depaul sur la rareté de la perte des yeux bien soignés. Mais je crois devoir faire une petite rectification à propos de la pratique attribuée à M. Dubois. J'ai eu l'honneur d'être pendant deux années son chef de clinique et j'ai toujours vu mettre en usage dans son service trois collyres désignés sous ces titres : de faible, moyen et fort. Le premier contenait un gramme sur soixante, le second deux sur soixante, et le collyre fort quatre sur soixante.

M. DEPAUL. A l'époque dont nous parle M. Tarnier, M. Dubois, dont la santé était altérée, se faisait souvent suppléer par les agrégés. Il serait donc très-possible que cette modification dans le dosage des collyres ne lui appartienne pas.

M. BLOT. J'exprime tout d'abord le désir que cette discussion continue. Il y a sur le traitement des ophthalmies purulentes des nouveau-nés beaucoup d'idées erronées qu'il importe de combattre. Je ne crois pas cette maladie aussi grave qu'on l'a faite. Pour ma part, depuis dix-huit années, je n'ai pas vu, en ville, perdre un seul œil en se servant simplement des moyens indiqués par M. Depaul. Il ne faut pas, il est vrai, comparer ce que l'on fait à l'hôpital et dans la clientèle, il faut aussi tenir compte des épidémies et du bon élevage de l'enfant, mais je crois cependant qu'il est possible d'établir que la gravité de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés est moindre qu'on n'est habitué à le croire.

M. CHASSAIGNAC. Mes honorables collègues viennent de soulever plusieurs questions qui ne sauraient être approfondies dans cette

séance. Il faudrait surtout bien définir ce que l'on entend par ophthalmie purulente. Il y a, je crois, beaucoup de chirurgiens qui n'en ont jamais vu. Il y en a toujours aux Enfants Assistés, mais songez sur quelle quantité et quelle qualité de population sont prélevés ces petits malades. Je suis pour ma part disposé à soutenir que ce qu'on guérit à si peu de frais n'est pas l'ophthalmie purulente, mais je laisse la parole à M. Serres.

M. SERRES. En principe, je crois très-sage de s'en rapporter aux observations de chacun. J'ai été surpris moi-même des résultats que j'ai obtenus, et c'est ce qui m'a engagé à vous les faire connaître.

Je tiens le plus grand compte des observations de mes honorables collègues, mais je puis, en m'appuyant sur mon expérience, affirmer de nouveau l'utilité et l'innocuité du barbouillage des paupières et des moyens plus effrayants qui consistent à détruire les granulations par l'acide chromique, ou à ponctionner obliquement la cornée dans le chemosis. L'on m'a objecté que c'était tourmenter inutilement un enfant que de le déranger toutes les demi-heures, mais à peine dix minutes se sont écoulées que du pus est déjà sécrété. J'ai réussi et je reconnais que l'on peut réussir autrement, mais j'ai réussi sans employer les caustiques et c'est la pratique que j'ai cru devoir recommander, après l'avoir exclusivement adoptée.

La discussion est mise à l'ordre du jour de l'une des prochaines séances.

M. BROCA. La première observation de M. Serres passe inaperçue au milieu de la discussion. Elle est des plus intéressantes comme siège particulier des fistules congéniales du cou. Ces fistules qui résultent d'un arrêt de développement, de l'oblitération incomplète de la première fente branchiale, sont fort rares.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 24 JANVIER 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Le D^r Gurlt, professeur de chirurgie à l'Université de Berlin et
2^e série. — TOME VII.

M. le professeur Bilroth, de Zurich, nommés membres correspondants étrangers, adressent une lettre de remerciements.

La Société reçoit en outre les journaux de la semaine, et deux mémoires de M. le docteur C. L. Sandras, l'un sur la diathèse urique, l'autre sur la digestion et l'alimentation.

RAPPORT.

M. DESPRÉS fait un rapport oral sur une observation de réduction de luxation ancienne du coude datant de onze semaines, lue devant la Société, par le docteur Lala (de Rodez).

M. Després propose d'adresser une lettre de remerciements à l'auteur et de déposer son travail aux archives.

Les conclusions mises aux voix sont adoptées.

DISCUSSION.

Traitement des polypes naso-pharyngiens.

M. VERNEUIL. Je me propose, en prenant la parole dans ce nouveau débat, d'examiner quelques propositions émises par MM. Le-gouest et Dolbeau. En l'absence du premier, je m'adresserai seulement aujourd'hui au second. J'ai écouté avec beaucoup d'intérêt la communication qu'il nous a faite et la bonne nouvelle d'une méthode plus capable que les autres d'attaquer et de vaincre les terribles polypes naso-pharyngiens.

Je connaissais la première tentative de M. Nélaton. Ces essais ont été poursuivis avec des résultats encourageants, et cinq fois déjà, l'électrolyse a été mise en usage. Il est donc permis de porter un jugement au moins approximatif sur cette innovation. C'est pourquoi je ferai quelques remarques sur son histoire et sur sa valeur clinique.

En ce qui concerne le premier point, je pense que c'est par mégarde et dans la rapidité de l'improvisation, que M. Dolbeau a désigné M. Nélaton comme l'inventeur de la méthode, dès la première communication à l'Institut, c'est-à-dire dans le courant de l'année 1864. Cette prétention a été mise à néant. Je ne rappellerai pas la critique très-acerbe et d'ailleurs quelque peu inexacte qui parut dans la *Gazette médicale de Paris*; mais je citerai un article tout à fait magistral que publia la *Gazette hebdomadaire* et qui établissait les droits de chacun.

Depuis cette époque, la question de priorité a toujours été résolue dans le même sens, comme on peut s'en assurer en lisant le *Traité des Tumeurs* de notre savant collègue, M. Broca, et une publication toute récente des *Archives générales de médecine*, due à la plume fort compétente et très-autorisée de M. le docteur Tripiér.

Il paraît donc hors de doute que, sans parler des théories et des essais imparfaits de Crussel, la constitution véritable de la méthode est due à M. Ciniselli de Crémone, lequel, du reste, nous a fait parvenir, sous la forme la plus modeste, une juste réclamation par l'entremise de M. Velpeau. Nous devons sauvegarder d'autant plus soigneusement les droits de notre confrère italien, qu'il est notre correspondant et qu'il nous a donné en quelque sorte les prémisses de ses travaux.

En effet, le 5 septembre 1860, M. Ciniselli était à notre tribune et nous exposait le résultat de ses remarquables recherches que la clinique avait déjà sanctionnées ; plus tard, en 1862, il nous adressait une brochure plus explicite encore.

Pensant qu'aucune contestation sérieuse ne peut s'élever sur le point historique, je passe à l'examen des résultats pratiques obtenus jusqu'à ce jour. Lorsqu'une méthode nouvelle vient disputer la première place à ses aînées, on est en droit de demander si elle est moins grave, plus efficace et d'un usage plus commode. Examinons donc, sous ces divers rapports, l'électrolyse appliquée aux fibrômes pharyngiens.

Les cinq tentatives que M. Dolbeau nous a fait connaître ont donné deux succès complets, un cas de mort, deux résultats inconnus, un malade ayant été perdu de vue, l'autre étant encore en traitement. Nous ignorons si ce total représente tous les malades traités, mais en tous cas, il est insuffisant pour établir péremptoirement la supériorité de la méthode. La résection palatine et l'ablation préalable du maxillaire supérieur ont fourni des résultats au moins aussi avantageux.

Les faits connus ne nous autorisent pas même à proclamer l'innocuité de l'électrolyse. En effet, je trouve dans le mémoire de M. Tripièr l'analyse de six opérations faites par M. Ciniselli en 1862; trois comptent à peine, car la pile n'a eu à produire que des eschares cutanées, superficielles, analogues à celles que l'on pratique avec le moxa, les caustiques ou un fer rouge quelconque, puis a cautérisé un trajet fistuleux. Trois fois seulement, on a attaqué de véritables tumeurs, savoir : un petit névrôme de 5 millimètres de diamètre et deux naevi du volume d'une noisette et d'une grosse noix. Dans ce dernier cas, la mort est survenue le dix-neuvième jour, par suite d'un érysipèle. Huit fois donc, des tumeurs ont été soumises à la méthode, et nous comptons déjà deux morts. D'où je conclus que si le danger n'est pas plus grand, à coup sûr il n'est pas moindre.

En ce qui concerne la facilité d'application, il faut convenir que l'avantage n'est pas du côté de l'électrolyse ; il faut des appareils spéciaux, coûteux, faciles à détériorer et qui n'obéissent pas à toutes les

main. Le concours d'un électricien est à peu près indispensable. Que toutes ces conditions accessoires se trouvent dans quelques grandes villes et dans quelques services d'hôpital, je l'accorde; mais comment les réunir dans les provinces, dans les campagnes, dans la pratique privée en général. Nul ne tient en plus haute considération que moi la valeur scientifique d'une opération chirurgicale et néanmoins pour les besoins et les exigences de la pratique, étant donnés plusieurs procédés, je donnerai, toutes choses étant d'ailleurs sensiblement égales, la préférence à celui qui sera le plus maniable et le plus accessible à la majorité des praticiens.

Toutefois, il semble résulter de quelques paroles de M. Dolbeau que désormais la cure des polypes naso-pharyngiens pourrait se passer de ces graves opérations préliminaires, que certainement nous ne préconisons qu'à regret, mais qui paraissent encore indispensables à la majorité d'entre nous. Certes, ce progrès, s'il existe, contrebalancerait bien des inconvénients et pèserait beaucoup dans la balance. J'ignore si M. Nélaton en est arrivé là dans ses derniers essais, mais je vois encore que, dans deux cas, les voies préliminaires ont servi à conduire le pôle destructeur jusqu'à la masse morbide. M. Dolbeau nous éclairera facilement à cet égard.

Cette remarque a sa raison d'être. Si, en effet, il est nécessaire comme jadis de créer une voie artificielle, l'application de l'électrolyse aux polypes naso-pharyngiens change de caractère et de portée. Ce n'est plus une méthode nouvelle, supprimant les opérations préliminaires et complémentaires à la façon de l'arrachement ou de la ligature; c'est tout simplement un procédé de l'acte fondamental, un mode particulier de l'exérèse du parasite. Il ne faut la comparer ni à l'ablation par les voies naturelles, ni aux méthodes buccale, nasale ou maxillaire, mais seulement aux divers expédients mis en usage pour détruire le polype rendu préalablement accessible. Alors l'électrolyse devient congénère ou succédanée de l'excision, de la section ou de l'écrasement linéaire, de la galvanocaustique; enfin, et surtout, des caustiques potentiels très-variés qui ont été déjà bien des fois mis en usage avec succès. S'il en était ainsi, on comprendrait la valeur des objections présentées plus haut et relatives aux difficultés d'application.

Au reste, je le reconnais volontiers, mon argumentation manque de bases solides, car je ne connais que très-sommairement les cas invoqués; c'est pourquoi il serait désirable que M. Dolbeau voulût bien nous fournir les observations complètes et nous mettre au courant du manuel, ne fût-ce que pour nous mettre à même de répéter de notre côté des expériences sur ce point intéressant de pratique. Je ne doute

pas que notre collègue ne fasse droit à notre requête, et je serais heureux, pour ma part, de l'y avoir provoqué.

Je désire, Messieurs, qu'on ne se méprenne point sur l'intention qui dicte ces remarques; il n'y faudrait point voir un arrêt de prescription contre la méthode nouvelle. Qu'elle ait des imperfections, des incertitudes, des indications et contre-indications encore hésitantes, quoi de plus naturel? elle ne fait qu'apparaître et cherche encore sa voie. Il serait donc souverainement injuste de la condamner prématurément et d'en rejeter l'emploi, mais il serait tout aussi imprudent de l'adopter sans faire de réserves, alors qu'on a soumis ses aînées, dans cette enceinte même, à un examen si sévère, à un contrôle si patient.

Pour garantir l'électrolyse contre l'engouement, cause prédisposante si commune de l'abandon, le mieux, et le plus juste, est de guider ses premiers pas à la lueur d'une critique impartiale.

M. A. GUÉRIN. En communiquant à la Société de chirurgie, l'observation d'un polype naso-pharyngien, extirpé par *rugination de la surface d'implantation*, je me préoccupais peu de la question de priorité, bien que j'aie appris depuis longtemps que de toutes les propriétés, la plus difficile à constituer est la propriété scientifique. Dès qu'une idée voit le jour, aussitôt on recherche si quelqu'un ne l'a pas eue déjà, et comme l'esprit humain s'est fort exercé de tout temps, on retrouve presque toujours quelque chose de plus ou moins ressemblant, qui suffit pour désoler ceux qui ont l'ambition d'attacher leur nom à une découverte. Pour moi, je trouve que ces questions de priorité prennent une trop grande place dans la science. Je comprends qu'à l'occasion de toutes les grandes découvertes, on revendique l'invention, et je serais le premier à réclamer pour Harvey l'honneur de la découverte de la circulation du sang, pour Jenner celle de la vaccine, pour Laënnec l'auscultation, etc. Mais, quand il s'agit d'une simple modification opératoire, ce n'est vraiment pas la peine de défendre son bien. Aussi ne répondrais-je pas à ceux de nos collègues qui m'ont contesté la priorité de mon opération, si je ne craignais pas qu'on ne vît dans les réclamations une preuve de la supériorité du procédé qui m'a réussi, sur tous ceux auxquels on a eu recours jusqu'ici.

Un fait ne peut pas suffire pour instituer définitivement une méthode ou un procédé. Il y en aurait plusieurs si je m'en rapportais aux réclamations que l'on m'a fait l'honneur de nous adresser. Malheureusement, je les crois peu fondées et je crains fort que l'extirpation des polypes naso-pharyngiens par la rugination de la base du crâne ne compte encore qu'un fait heureux. M. Borelli a bien cru

que je n'avais fait que l'imiter, et en entendant la lecture de sa lettre j'ai eu, un instant, l'espoir de retrouver dans les deux mémoires qu'il signalait à notre attention des faits à l'appui de la thèse que j'avais soutenue devant vous. Mais M. Borelli, en réclamant la priorité de mon opération, avait pensé que je m'étais cru l'inventeur de l'incision du voile du palais, et c'est là ce qu'il me semble réclamer surtout ; il ne s'est pas servi d'une rugine, il a excisé les polypes avec de longs bistouris ou des ciseaux. Or, j'ai dit que je proposais de ruginer l'implantation du polype pour ne plus inciser le voile du palais, pour ne plus toucher au pédicule du polype avec des ciseaux ; je veux, en un mot, que l'opération soit faite avec une simple rugine, introduite d'avant en arrière par une narine et guidée par l'indicateur de la main gauche porté derrière le voile du palais. Ainsi, loin de réclamer l'honneur d'avoir, le premier, incisé le voile du palais, qui revient à Mange, je veux que l'on supprime ce temps que presque tout le monde pratique en France. En cela, mon opération diffère essentiellement de celles de M. Borelli. Notre collègue de Turin excise les polypes avec de longs bistouris ou des ciseaux, moi je ne me sers que d'une rugine. La lame des ciseaux dont je me suis servi, en attendant que l'on m'apportât une vraie rugine, a sans doute induit M. Borelli dans l'erreur qui l'a fait nous écrire la lettre que vous connaissez ; mais cette lame de ciseaux n'agissait pas comme instrument tranchant ; détachée de l'autre lame, elle ne pouvait plus que gratter la membrane muqueuse du pharynx, l'érailler et non la couper.

Si mon opération prend définitivement place dans la science, ce n'est donc pas à M. Borelli qu'elle devra d'y être entrée, car il me semble que notre honoré collègue a justement adopté les procédés usuels que je crois défectueux.

Quand M. Dolbeau nous a communiqué ses observations au sujet des polypes, il m'a, lui aussi, donné un instant l'espoir qu'il connaissait des faits semblables au mien, car il s'étonnait, en commençant, que j'eusse pu croire nouveau le procédé que j'avais pratiqué. Mais il s'est ravisé en écrivant son discours où je trouve bien encore l'expression d'une grande surprise, mais n'ayant plus la même cause. M. Dolbeau croyait que l'on était bien d'accord sur la nécessité d'une opération préliminaire, et il s'étonne que j'aie pu avoir l'idée de proposer autre chose ; je croyais comme M. Dolbeau, il n'y a pas longtemps encore, que les opérations préliminaires étaient nécessaires, et c'est là ce qui me tourmentait au moment d'opérer les polypes naso-pharyngiens ; mais ayant pu m'en passer, ayant conçu l'idée d'opérer sans inciser le voile du palais, en respectant la portion

palatine du maxillaire supérieur aussi bien que le nez, ayant enfin réussi à énucléer par rugination deux énormes polypes, que m'eût dit M. Dolbeau si j'avais persisté à vouloir pratiquer les effrayants préliminaires auxquels il paraissait extrêmement attaché au commencement de son discours? Je dis: au commencement, car malgré l'étonnement qu'il nous a manifesté, ne croyez pas qu'il soit éternellement attaché à ces préliminaires; il a une prédilection plus vive encore pour l'électro-chimie, qui n'incisant pas plus que moi la face et le voile du palais, suivant lui, nous donnerait le moyen le plus sûr de détruire les polypes naso-pharyngiens. Après cela, je ne comprends plus pourquoi notre collègue s'est si fort étonné que j'aie pu penser à extirper les polypes sans opération préliminaire. Pour préparer mon esprit à accueillir sa communication sur l'électro-chimie, il aurait fallu, au contraire, qu'il condamnât les anciennes méthodes, et j'avoue que pour ma part je suis loin d'être suffisamment édifié sur les succès de cette électro-chimie. Tandis que quelques-uns d'entre nous ont besoin de preuves bien convaincantes pour admettre une idée nouvelle, il y en a d'autres qui se passionnent facilement, et, par une singulière disposition d'esprit que j'ai plus d'une fois admirée sans avoir jamais eu la tentation de l'essayer, parviennent à la faire admettre comme une vérité bien reconnue, alors même que de nombreux faits militent contre elle.

Tous les médecins dont les souvenirs remontent à une vingtaine d'années, doivent se rappeler avec quelle ardeur nous avons vu soutenir la fréquence de l'infiltration tuberculeuse des os. Bien que M. Nélaton n'eût pas été le premier à émettre cette opinion, il se l'appropriâ, en quelque sorte, par l'habileté qu'il mit à la défendre, et on n'eût pas été écouté avec bienveillance, à cette époque, si l'on avait osé dire que l'infiltration tuberculeuse n'existait pas dans les os où on la voyait. Quelques personnes eurent bien l'audace d'émettre des doutes. Je me souviens, par exemple, que M. Malespine tenta de s'opposer au courant dans lequel les plus entêtés se laissaient entraîner. Mais les journaux démontrèrent bien vite au public que M. Malespine était à peu près seul de son opinion, et que, par conséquent, il avait évidemment tort. Depuis que l'anatomie pathologique se fait avec plus d'exactitude, on n'entend pourtant plus guère parler de cette fameuse infiltration tuberculeuse qui a commencé la fortune scientifique de M. Nélaton.

Je ne doute pas qu'il y en ait, mais les cas en sont rares, tandis que, il y a vingt ans, on en voyait partout. A cause de cela, nous autres dont on persiste à vanter la jeunesse, bien que nous comptions près de trente années de service dans les hôpitaux, nous souvenant de

l'entraînement de nos jeunes années, nous ne sommes plus aussi faciles à séduire, et nous demanderons autre chose que des citations de quelques lignes pour nous convaincre. Voyez comme nous avons facilement deux poids et deux mesures; M. Dolbeau me reproche de ne pas avoir fait l'anatomie pathologique du polype dont je vous ai parlé, et il a eu parfaitement raison. Ce polype, on eût bien voulu le classer parmi les muqueux, malgré l'énormité de son volume et son point d'implantation. Mais il a été examiné par M. Ordonez, parce que j'avais eu la crainte qu'il ne renfermât des éléments cancéreux que l'aspect fibreux des trois masses polypeuses ne fassent pourtant pas soupçonner. Enfin c'était parfaitement un polype fibreux, et si j'ai omis ce renseignement important, c'est que M. Audhoui, un de mes internes, devait présenter les pièces à la Société anatomique et que ne m'occupant de cette maladie qu'au point de vue opératoire et n'ayant pas eu l'intention d'en faire l'histoire complète, j'avais cherché à vous présenter mon observation aussi succinctement que possible.

Je reconnais pourtant que j'ai eu tort; mais comment, quand on est si exigeant pour moi, l'est-on si peu pour une méthode qui serait presque une révolution si on s'en rapportait aux bruits qui courent à ce sujet? L'histoire des cinq malades qui ont été traités en France par l'électro-chimie est faite en quinze lignes; on ne nous parle ni de la nature des polypes, ni du temps qu'il a fallu pour guérir les malades qui ne sont pas morts. Je sais bien que l'observation du premier malade a été communiquée à l'Institut, mais nous la connaissions, et celles que M. Dolbeau a apportées ici n'ajoutent pas grand'chose à la première, car le second opéré est mort d'une fièvre typhoïde quand il n'était encore qu'en voie de guérison; le quatrième malade est parti guéri, mais il n'a pas été revu, et le cinquième est en voie de guérison. On pourra certainement compléter son observation, si Dieu veut qu'il ne meure pas trop vite d'une fièvre typhoïde. Reste donc le troisième malade, qui ayant été opéré par la voie palatine, fut considéré comme guéri et vit sa tumeur récidiver au bout de trois mois. L'électro-chimie a eu chez ce malade plus de succès que la première méthode, qui pourtant était naguère considérée comme excellente. Il y a huit mois que l'électro-chimie a fonctionné et il n'y a pas encore eu de récidive.

Je ne veux pas discuter cette méthode opératoire; que M. Dolbeau me permette seulement de regretter qu'il ne l'ait pas expérimentée avant de dire qu'elle paraît destinée à faire disparaître toutes celles qui l'ont précédée. Personne ne souhaite plus vivement que moi le succès de l'électro-chimie, et je serais très-heureux de voir la Société de chirurgie étudier cette question avec la sagesse qu'elle montre

dans ses jugements. S'il est démontré que l'électro-chimie fond les tumeurs, et ne les détruit pas par une espèce de cautérisation, M. Ciniselli aura fait une grande découverte; mais que l'inventeur de la méthode me permette de lui dire que je ne suis pas encore suffisamment édifié pour renoncer à l'opération dont j'ai eu l'honneur de vous entretenir.

Avant de terminer, j'aurais à expliquer à M. Legouest comment j'ai pu facilement faire pénétrer une lame de ciseaux jusqu'au pédicule du polype, si depuis l'objection qu'il me fit le jour de ma communication il n'avait pu reconnaître qu'il y avait eu, sans doute, de ma part, explication insuffisante; la lame était détachée et ne représentait plus qu'un levier droit avec lequel j'avais cherché à déplanter les polypes et par conséquent rien n'était plus facile que de la faire pénétrer par une narine qu'une grosse tumeur avait élargie en arrière.

Tandis que je cherche à détruire la surface d'implantation des polypes pour prévenir la récurrence, M. Legouest, revenant aux méthodes palliatives d'autrefois, espère qu'à force de couper les polypes au niveau de leur pédicule on épuisera le principe de leur existence. Mais les polypes fibreux ont une vitalité, une force de reproduction qui n'est pas la même partout. Ainsi, tandis que ceux de la matrice ont peu de tendance à renaître quand ils ont été coupés au niveau de leur point d'implantation, ceux qui s'implantent dans les fosses nasales ou sur la base du crâne se reproduisent indéfiniment, tant qu'il n'ont pas été complètement détruits par l'extirpation, par le feu ou par les caustiques. Sous ce rapport, les polypes ont une grande analogie avec les plantes : les arbres verts, par exemple, meurent tout entiers quand ils ont été coupés près de la terre, tandis que d'autres arbres, qui ont avec eux une grande analogie de texture, donnent des rejetons tant que leur dernière racine n'a pas été arrachée.

Le polype naso-pharyngien étranglé par une pince repousse comme celui qu'une ligature a fait tomber. Les deux modes d'action sont à peu près identiques, et, depuis longtemps, la pratique de nos devanciers nous a appris que ce sont là des moyens insuffisants.

En vous communiquant mon observation, je m'attendais surtout à être argumenté au sujet de la dénudation des os, sur lesquels les polypes s'implantent, et je craignais qu'on ne m'accusât d'avoir été téméraire en ruginant les os et en les dépouillant de leur périoste. M. Dolbeau pense que c'est une opération à peu près impossible, et pourtant, Messieurs, je l'ai faite plus facilement que je ne l'aurais pensé, si j'avais cru, comme notre collègue paraît le croire, que les maladies qui se développent près des os sont sans influence sur leur union avec le périoste. J'ai dénudé une large surface, parce que

la surface d'implantation était étendue, et les os dénudées se sont recouverts avec une promptitude merveilleuse. Cette reproduction du périoste était pour moi le nœud de la difficulté; je savais que l'on peut ruginer les os de la base du crâne avec d'autant plus de facilité que la maladie qui les avoisine est plus ancienne et plus profonde, mais ces os se recouvriraient-ils? c'était là ma seule crainte. Ils se sont recouverts.

Vous ne vous en êtes pas étonnés, parce que vous vous êtes souvenus, sans doute, de l'extrême vascularité des os de la base du crâne. A cause de cette vascularité, j'aurais pu craindre une hémorragie à la suite de mon opération, et pourtant le malade n'a perdu une notable quantité de sang qu'au moment où, avant de concevoir la possibilité d'éliminer les polypes par rugination, je coupai avec des ciseaux le pédicule de celui qui soulevait le voile du palais.

Je ne veux pas quitter la tribune sans remercier mes collègues qui ont bien voulu, par une critique que je désirais, me mettre à même de compléter ma communication.

M. HOUEL. J'ai donné des soins au malade auquel on vient de faire allusion, et qui aurait succombé à la suite de l'application de l'électrolyse. Je puis affirmer que ce malade est mort de fièvre typhoïde. J'ai assisté et j'ai même pris part aux opérations pratiquées par M. Nélaton. Je ne veux pas entrer aujourd'hui dans le fond du débat; mais je dirai que l'électrolyse détruit les tumeurs, mais ne les fond pas; que son application est des plus simples, et que la méthode de M. Nélaton diffère beaucoup de celle qu'a proposée M. Ciniselli. Il faut, il est vrai, le concours d'un homme habitué à manier l'électricité; mais, une fois bien connue, cette méthode pourra permettre d'attaquer des tumeurs volumineuses et de les détruire.

M. VERNEUIL. Je n'ai pas dit que l'on ne pourrait pas détruire, à l'aide de l'électrolyse, des tumeurs volumineuses. Lorsque les expériences dont parle M. Houel seront publiées, nous serons complètement édifiés à ce sujet. Mais il me semble facile de prévoir qu'une méthode qui exige l'emploi d'appareils spéciaux et l'aide d'un homme habitué à les manier ne sera pas facilement généralisée. La question de propriété ne peut être douteuse: la méthode, quels que soient les perfectionnements qu'on lui apporte, est bien à M. Ciniselli.

M. DOLBEAU. La note de M. Guérin soulève des questions que je ne m'attendais pas à voir produire dans le débat. Je demande à remettre à la prochaine séance la réponse que j'aurai à lui faire.

PRÉSENTATIONS DE MALADES.

Pseudarthrose du fémur guérie par l'extension et l'immobilisation.

M. LE FORT lit l'observation suivante :

Le malade Alexandre B..., âgé aujourd'hui de vingt ans, fit une chute de cheval le 15 avril 1864, et se fractura la cuisse droite. On lui appliqua un appareil de Scultet et on le transporta à l'Île-Adam, où il reçut les visites d'un médecin. L'appareil primitivement posé ne fut pas renouvelé, et pendant vingt-cinq jours on ne mit pas à nu le membre fracturé. A cette époque, on appliqua un appareil dextriné qui resta en place deux mois. Lorsque le malade voulut se lever, près de trois mois après sa fracture, il s'aperçut que le travail de consolidation ne s'était pas effectué et que le membre n'avait aucune solidité.

Il se fit transporter à Paris, et il entra le 25 juillet 1864 à l'hôpital de la Charité, où il fut placé dans le service de M. Velpeau. Un nouvel appareil dextriné fut appliqué et gardé deux mois, sans aucun changement dans l'état du membre; notre vénéré maître voulut bien me prier de me charger du malade, et il fut transféré salle Saint-Jean, n° 47, où je remplaçais alors M. Denonvilliers.

Je constatai l'état suivant : le membre était raccourci de 9 centimètres environ, le fragment inférieur était passé en arrière du supérieur; ce fragment inférieur, comprenant approximativement 42 à 45 centimètres du fémur, faisait à la partie postérieure de la cuisse une saillie notable très-facilement appréciable au doigt. Les bords de la fracture coupés à arêtes assez vives témoignaient de l'absence de travail de consolidation. Les deux fragments s'appuyaient l'un contre l'autre par leurs faces, séparés probablement par quelques fibres musculaires. Le malade ne pouvait imprimer à la jambe étendue aucun mouvement d'élévation de dessus le plan du lit, et, en passant la main à plat entre la cuisse et le matelas, on constatait une mobilité telle, qu'en essayant ainsi de soulever le membre le fémur se courbait immédiatement à angle obtus à sommet antérieur.

J'essayai d'imprimer des mouvements violents aux deux fragments, de les frotter l'un contre l'autre, après quoi j'appliquai un appareil inamovible plâtré qui resta en place deux mois; lorsque je le retirai, je pus constater que le traitement n'avait pas eu le moindre succès. Il fallait dès lors revenir à des moyens plus puissants et autant que possible à des procédés n'exposant pas la vie du malade. Le séton, la résection suivie ou non de suture des os, m'exposaient à des accidents graves; d'ailleurs la statistique m'apprenait que de 470 cas de pseudarthroses de la cuisse, rassemblés par Gurlt, l'extension permanente

avait fourni des résultats heureux, puisque sur 14 malades 11 avaient guéri, tandis que les scarifications sous-cutanées sur les fragments n'avaient donné que 17 guérisons sur 38 cas, le séton 16 guérisons sur 30, la résection 14 guérisons sur 28 opérés. Je me décidai donc pour l'extension.

Pour la pratiquer je construisis moi-même l'appareil suivant :

A l'extrémité inférieure d'une béquille, je vissai une plaque de bois formant étrier et à l'extrémité opposée de laquelle une large attelle interne montait jusqu'à l'ischion du côté malade. Un appareil plâtré fut appliqué sur la jambe du malade et me servit à donner point d'appui aux lacs extenseurs. Une longue vis jouant dans la plaque formant étrier était un puissant moyen d'extension. Quant à la contre-extension, elle était faite par la béquille appuyée dans l'aisselle et par l'attelle interne dont l'extrémité appuyait sur l'ischion mais avec l'intermédiaire d'un coussin de ouate.

J'augmentais tous les jours la traction de l'appareil, elle amenait des douleurs vives au niveau de la fracture; mais cette traction put bientôt être assez énergique et complète pour dégager complètement les deux fragments l'un de l'autre et les faire se rencontrer seulement par leurs extrémités libres. Sans cesser l'extension, je cherchai à frotter fortement les fragments les uns contre les autres, et après que les tractions eurent été ainsi continuées pendant trois semaines, j'appliquai un appareil inamovible en plâtre.

Je le retirai le 31 décembre 1864; la cuisse avait perdu sa mobilité, la consolidation était presque complètement effectuée. A partir du 2 janvier 1865, le malade se leva avec deux béquilles; mais après une quinzaine de jours, il fut pris d'un érysipèle grave et il ne se releva que dans les premiers jours de mars 1865. Transféré à l'hôpital de Vincennes, il y demeura jusqu'au mois de juin, et malgré plusieurs chutes accidentelles, la solidité du membre ne se démentit pas. Vers le 15 juin, il abandonna les béquilles pour se servir d'une canne.

Aujourd'hui, comme on peut le voir, un an après la guérison, la cuisse est solide, le malade marche facilement et sans canne, cependant avec une notable claudication qui tient à un peu de raideur dans le genou et à un raccourcissement de 6 à 7 centimètres, car les fragments ont repris dans l'appareil inamovible, après l'enlèvement de l'appareil à extension, leur situation première, et la saillie arrondie que l'on sent en arrière est l'extrémité du fragment inférieur.

M. MARJOLIN. Il y a entre l'appareil appliqué par M. Velpeau et celui dont M. Le Fort a fait usage une différence essentielle : l'un immobilisait seulement le membre malade et le bassin, l'autre immobilisait le tronc tout entier. J'ai observé à la Charité un homme atteint

de pseudarthrose du fémur, longtemps traité par les appareils inamovibles. Ils avaient été appliqués par M. Denonvilliers, et M. Désormeaux, qui l'avait suppléé avant moi, était sur le point de réséquer les fragments. Je m'aperçus que le malade remuait, s'asseyait malgré son appareil; je lui en mis un qui immobilisait le tronc et le membre; deux mois après, la pseudarthrose était consolidée.

M. TARNIER. J'observe encore en ce moment un fait fort intéressant. Une femme se fracture l'extrémité inférieure du fémur au mois de juin dernier. Au bout de deux mois, le médecin qui lui donnait des soins enlève l'appareil, et la fracture semble consolidée. Cependant, je vois la malade sur ces entrefaites, et je constate la non-consolidation. Je fis reprendre le lit et placer le membre dans une simple gouttière en fil de fer. Jusqu'au milieu du mois de décembre, nulle trace de consolidation. Je commençais à désespérer, lorsqu'à partir de cette époque tout a changé de face sans que rien de nouveau ait été tenté. Aujourd'hui, la consolidation est complète, et la guérison peut être regardée comme assurée.

M. LARREY. Il serait désirable que sur des questions aussi importantes, des discussions régulières pussent être engagées. Nous aurions ainsi en réserve, pour des séances peu remplies, des communications auxquelles chacun aurait eu le temps de songer à loisir. Je demande donc à la Société de mettre la question des pseudarthroses à son ordre du jour.

La discussion sur les pseudarthroses prendra rang après la discussion sur l'ophtalmie purulente des nouveau-nés.

Réséction étendue de l'extrémité inférieure de l'humérus. Parfaite conservation des fonctions du membre.

M. A. GUÉRIN présente un jeune homme sur lequel il pratiqua en 1862 une résection du coude. L'histoire de ce malade a été publiée dans la thèse de M. Painetvin, mais le succès de cette résection a dépassé les espérances que l'on était en droit d'attendre.

J..., à la suite de l'écrasement du coude droit, dut subir une résection dans laquelle on lui enleva de 9 à 11 centimètres de l'humérus, 1 centimètre du radius et 3 centimètres du cubitus, y compris l'olécrâne; il sortit de l'hôpital quatre mois après son opération, n'ayant plus qu'une petite plaie qui se ferma quelques jours plus tard.

Au mois de novembre, l'avant-bras ayant toujours été soutenu dans une gouttière, ne tombait pas quand on cessait de le soutenir; il restait à peu près dans la demi-flexion.

Bien que les mouvements des doigts et du poignet se fussent

promptement rétablis, le malade dit être resté deux ans sans pouvoir se servir utilement du membre opéré. Mais depuis cette époque, c'est-à-dire depuis la fin de 1864, ce bras a repris une force extraordinaire. Quoique l'avant-bras et le bras ne se soient pas soudés et qu'il existe une grande mobilité au niveau de leur jonction. Jouvia se sert de ce membre pour mettre sa cravate; il le fléchit dans tous les sens, mais il n'acquiert toute sa force que lorsqu'il s'agit d'opérer une traction de bas en haut. Dans ce cas, il parvient à enlever avec la plus grande facilité un poids de 50 kilogrammes, et on l'a vu, hier matin, à l'hôpital Saint-Louis, jouer avec un énorme broc plein de vin.

M. Guérin avait désiré obtenir une ankylose entre les os de l'avant-bras et ce qui restait de l'humérus; mais avec une ankylose on n'eût pas eu plus de force dans le membre opéré.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Double perforation du crâne.

M. LARREY présente un cas fort rare, sinon unique, de double perforation spontanée de la voûte du crâne chez un sujet mort à trente-six ans, de phthisie tuberculeuse, sans avoir jamais offert, de son vivant, le moindre signe appréciable de cette singulière anomalie ou altération.

Voici dans quelles circonstances, dit M. Larrey, ce crâne a été recueilli par M. le docteur Monier, d'Avignon, qui a bien voulu le lui adresser avec l'observation malheureusement incomplète.

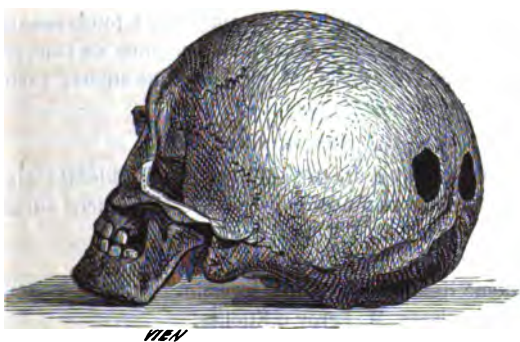
Le nommé Gimeno, d'origine espagnole, bien conformé, n'ayant jamais été malade dans son enfance, était venu fort jeune en France exercer d'abord la profession de tailleur d'habits, et s'engager ensuite, à vingt-cinq ans, dans l'armée. Il servit en Afrique, dans la légion étrangère, mais fut atteint plus tard d'une affection cérébrale qui dura six mois environ et que l'on caractérisa d'aliénation mentale. Rentré du service, il se fixa d'abord à Marseille, puis à Avignon, où il se maria. Mais bientôt après il tomba malade, fut admis à l'hôpital et y mourut phthisique, au bout de deux mois. L'autopsie fut malheureusement laissée à un garçon d'amphithéâtre, qui l'ayant faite sans soin et avec précipitation, reconnut bien à la voûte du crâne deux ouvertures anormales, mais après avoir déjà détruit les rapports des enveloppes et peut-être de la substance cérébrale avec ses ouvertures, paraissant fermées, a-t-il dit, par une membrane.

Malgré cette regrettable nécropsie, le crâne fut conservé par M. Monier qui m'en a fourni une description détaillée. J'en indi-

qu岸ai seulement en peu de mots les particularités, faciles du reste à reconnaître sur les pièces osseuses elles-mêmes.



L'aspect général de la tête offre une conformation normale, quoique peu développée dans son ensemble, mais sans atrophie ou dépression partielle; les sutures fronto-pariétales et lambdoïde sont ossifiées, sans la moindre trace de persistance des fontanelles. Deux larges ouvertures irrégulièrement arrondies, ayant, de prime abord, l'apparence de deux couronnes de trépan, et mesurant 3 centimètres chacune dans leur plus grand diamètre, sont situées symétriquement, de chaque côté, à l'angle postéro-supérieur des pariétaux. Leurs bords, quoique amincis, sont émoussés, entourés à leur face extérieure d'un léger bourrelet qui n'existe pas à la face interne du crâne, comme le démontre la coupe faite exprès.



Une lamelle osseuse très-épaisse sépare, sur la ligne médiane, ces deux ouvertures, et se trouve creusée sur la face intra-crânienne par la gouttière du sinus longitudinal supérieur.

Cette double perforation, ajoute M. Larrey, est-elle congénitale, comme le présume M. Monier ? ou bien, au lieu de constituer une anomalie anatomique, serait-elle la conséquence d'une lésion pathologique, soit du cerveau, soit de la dure-mère, soit du crâne même ? C'est ce qu'il nous serait difficile de décider, en l'absence de renseignements antérieurs et d'une exploration complète d'anatomie pathologique.

Quoi qu'il en soit, nous n'avons rien trouvé de semblable, ni même d'analogue, soit dans les divers ouvrages que nous avons consultés, soit dans les collections ou les musées, à moins d'y rattacher les fissures, les érosions, les caries ou les nécroses de la voûte du crâne, par ossification incomplète, par encéphalocèle, par atrophie progressive, par tumeurs fongueuses, sanguines, ou autres, telles que le pneumatocèle récemment décrit, sans parler, bien entendu, des perforations traumatiques.

J'admettrais volontiers pour ma part, ajoute M. Larrey, comme le croit M. Monier, que ces deux ouvertures crâniennes sont dues à un arrêt de développement des pariétaux et constituent une double perforation congénitale.

PRÉSENTATION D'APPAREILS.

Stomatoscope.

M. BRUCKE (de Breslau), recommandé par MM. Lebert et Milderdorf, membres correspondants, présente un appareil destiné à éclairer la bouche et ses dépendances. Grâce à un puissant éclairage électrique qu'une disposition fort ingénieuse permet de maintenir dans la cavité buccale, il est facile d'examiner dans tous ses détails la bouche et l'appareil dentaire; il est même possible de voir, par transparence, les racines des dents, et, chez certains sujets, l'artère coronaire labiale peut être distinguée.

COMITÉ SECRET.

M. PERRIN lit un rapport sur les titres des candidats au titre de membre titulaire. La commission propose le classement suivant :

En première ligne, M. Tillaux.

En deuxième ligne, M. Liégeois.

En troisième ligne, M. de Saint-Germain.

En quatrième ligne, M. Leroy d'Étiolles.

L'élection aura lieu dans la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 31 JANVIER 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine ;

Le Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale ;

Le Bulletin de l'Académie royale de médecine.

M. le docteur Vanzetti, de Padoue, remercie la Société de l'avoir nommé membre associé étranger.

M. Humphry, de Cambridge, remercie la Société de l'avoir nommé membre correspondant étranger.

A propos du procès-verbal :

M. A. GUÉRIN. Deux phrases de mon discours ayant reçu une interprétation autre que celle que je leur avais donnée, je me suis empressé de les supprimer. Je le fais observer ici pour que cette suppression ne passe pas inaperçue.

Perforations spontanées du crâne.

M. J. CLOQUET. Le fait de perforation spontanée du crâne, que nous a communiqué M. Larrey, me remet en mémoire des observations que j'ai faites à la Salpêtrière.

J'avais remarqué l'irrégularité du crâne de certaines vieilles femmes ; j'examinai et je vis qu'elle était due à la résorption du diploé ou même à des perforations. Dans un premier degré, en regardant la voûte du crâne à contre-jour, on constatait que dans des points peu étendus mais souvent multiples, elle était transparente. La table externe enfoncée était adossée à la table interne et le diploé avait disparu. A l'entour de ces points amincis le crâne avait toute son épaisseur. Dans le degré le plus avancé, la perforation était complète. J'ai préparé deux de ces crânes pour les collections de la Faculté. Ce qui différencie mes observations de celle de M. Larrey, c'est que toujours les sujets étaient extrêmement âgés.

DISCUSSION.

Traitement des polypes naso-pharyngiens.

M. DOLBEAU. Messieurs, je serai bref, j'ai demandé à me recueillir et c'est ce qu'on doit toujours faire quand il s'agit de traiter de choses sérieuses devant une Société savante. Le résultat de mes réflexions c'est qu'il ne faut parler en cette circonstance que du traitement des polypes naso-pharyngiens.

Permettez-moi cependant de vous dire que j'ai éprouvé un réel chagrin en entendant la manière dont quelques personnes semblent apprécier les travaux de l'illustre chirurgien, dont je m'honore encore d'être l'élève.

Je reviens maintenant à la question qui occupe la Société de chirurgie. Je n'ai pas convaincu M. Guérin de l'insuffisance de la rugination des os du crâne dans le traitement des polypes. Notre collègue conserve sa manière de voir; je lui demande de garder, moi aussi, toutes mes convictions. Je ne suis que médiocrement surpris de ce dénouement; tel est ordinairement le résultat des discussions. Chacun demeure convaincu que la raison est pour lui, ce qui d'ailleurs n'empêche pas les questions de progresser.

Je ne veux pas, messieurs, formuler de nouveau certains arguments que la Société connaît, mais il me paraît indispensable de revenir un peu sur l'électro-chimie. Pour bien être compris, j'ai besoin de rappeler très-brièvement en quels termes j'ai posé la question du traitement des polypes par l'action de l'électricité.

Suivant moi, les opérations préliminaires demeurent encore indispensables dans le traitement des polypes naso-pharyngiens. Chaque cas particulier comporte tel ou tel procédé pour arriver sur l'implantation de la tumeur, mais je ne crois pas que la rugination par les voies naturelles soit applicable efficacement, dans la très-grande majorité des cas. Une seule méthode, disais-je dans notre précédente séance, permettrait peut-être de supprimer les mutilations préliminaires; il faudrait pour cela que les faits de guérison se multipliasent.

Mon discours se terminait ainsi, et je cite textuellement : « Voyons par nous-mêmes, contrôlons les faits; c'est le seul moyen de juger définitivement une méthode qui paraît destinée à faire disparaître toutes celles qui l'ont précédée. »

Messieurs, vous le voyez, je suis si loin de proclamer quand même l'excellence de la méthode électro-chimique, que j'ai fait appel à l'expérience et au contrôle, par tous les membres de la Société de chirurgie.

A tout ceci, on me répond que M. Nélaton n'a point inventé les courants électro-chimiques ; que bien avant lui, Crussel et M. Cini-selli avaient appliqué l'électricité au traitement des tumeurs, etc. Là n'est point la question. Je n'ai abordé, pour ma part, que l'examen du traitement des polypes naso-pharyngiens. J'ai dit qu'on avait guéri des malades par l'électro-chimie, mais je n'ai point soulevé la question de priorité ou d'invention.

M. Verneuil n'avait donc pas à discuter cette partie déjà traitée ailleurs. Les auteurs qu'on a cités ont bien appliqué l'électricité au traitement de certaines maladies ; la grenouillette, les rétrécissements de l'urèthre, etc. Mais personne, excepté M. Nélaton, n'a encore attaqué les polypes fibreux de la base du crâne par l'électro-chimie.

Après avoir résolu la question de priorité, M. Verneuil me demande des détails sur le mode d'application de l'électro-chimie, sur la durée du traitement, etc. Notre collègue voudrait savoir, en un mot, comment on procède pour guérir les malades. Je conçois les désirs de M. Verneuil, mais je ne m'explique pas pourquoi il dit, d'une méthode qu'il ne connaît pas très-bien, qu'elle est d'une application difficile et coûteuse ; qu'elle nécessite des appareils spéciaux, l'intervention d'un chimiste, etc., etc. Je crois que M. Verneuil grossit un peu trop les obstacles que doivent rencontrer les opérateurs. Sur quoi se fonde notre collègue, pour dire ici que la destruction par l'électro-chimie des polypes naso-pharyngiens ne sera pas possible entre les mains des praticiens de province ? Ai-je besoin de lui rappeler que la résection de la mâchoire supérieure, cette opération formidable, nous est venue de la province. Pour ma part, je crois que le jour où l'électro-chimie aura fait ses preuves, la méthode sera appliquée loin de Paris, comme dans nos hôpitaux. Nos confrères se procureront les objets nécessaires et au lieu de s'adjoindre, comme nous, un chimiste, ils apprendront à faire marcher les appareils, ce qui aura des avantages.

Il ne m'appartient pas d'exposer ici la méthode électro-chimique ni de parler de son mode d'action sur les tissus vivants. Malgré le désir que j'aurais d'être agréable à mes collègues, je dois me borner à mentionner les faits. Je reconnais, du reste, que les observations gagneraient à être complètement publiées, mais je ne puis donner que ce que j'ai en ma possession, les résultats.

Malgré tous ces *desiderata*, les faits n'en persistent pas moins. Cinq malades ont été opérés, la plupart devant le public qui fréquente l'hôpital des Cliniques ; les choses sont authentiques. Que ceux qui restent dans le doute persistent dans les anciens errements, mais que ceux qui marchent vers le progrès expérimentent la nouvelle mé-

thode, et nous saurons bientôt ce qu'on doit attendre de l'électro-chimie.

Il est un dernier point sur lequel je veux encore m'arrêter un instant. M. Verneuil a avancé un fait exact, lorsqu'il a dit que tous les opérés par l'électro-chimie avaient déjà subi des opérations préliminaires. La nouvelle méthode n'a jusqu'ici été appliquée que pour des malades déjà en voie de traitement par les anciennes méthodes.

A l'avenir, rien ne s'opposera plus à ce que les aiguilles soient introduites par les narines ou tout au plus par une boutonnière palatine.

C'est donc à tort que M. Verneuil a laissé à penser que l'électro-chimie n'était après tout qu'un nouveau procédé de destruction, qu'on appliquait, grâce à des voies pratiquées par la chirurgie, et que ce moyen ne se distinguait des autres que par les inconvénients d'être infiniment plus compliqué.

M. LEGUEST. Le procédé dont j'ai eu l'honneur de vous parler a été l'occasion de plusieurs réclamations. J'espérais vous entretenir d'une nouvelle application de la pince dont je me suis cru l'inventeur. Mais lorsque j'ai revu mon jeune malade, j'ai constaté qu'une bonne portion de son polype était spontanément tombée en gangrène. Les fosses nasales sont parfaitement libres pour le moment, et bien que toute la tumeur ne soit pas détruite, je me crois autorisé à attendre.

Il y a dans la méthode que je propose, deux choses bien distinctes, l'instrument que j'ai imaginé, et l'espoir de triompher par des applications successives, de la vitalité de la tumeur, que je crois limitée à un certain nombre d'années. Je tiens beaucoup plus à la seconde idée qu'à la première. La pince réclamée par MM. Borelli et Letenneur, je ne l'ai pas inventée non plus. En 1845, M. Malinverni en proposait une semblable (*Gazette médicale*, p. 270), l'avait-il inventée ? je n'ai pas cherché à le savoir.

L'espoir de voir les chances de récidives s'éloigner avec les progrès de l'âge n'a pas été partagé par nos collègues, ils ne pensent pas que j'arrive à laisser la maladie. Je crois cependant mon idée défendable. N'y a-t-il pas des organes temporaires, qui disparus, témoignent à peine de leur existence par quelques vestiges ? N'y a-t-il pas des affections médicales et chirurgicales propres à l'enfance, à l'âge adulte, à la vieillesse ? Sur le terrain des faits généraux les arguments ne manqueraient donc pas ; mais il y a aussi dans l'espèce des faits qui peuvent être invoqués.

M. Demarquay a consigné dans vos bulletins l'histoire d'un de ses malades qui guérit sans récidive, il avait vingt-six ans. Les malades que MM. Borelli et Letenneur ont opéré avec des pinces écrasantes sont guéris depuis plusieurs années ; eux aussi étaient sortis de l'en-

fance. Est-ce à cause de leur âge qu'ils sont restés guéris, je ne saurais l'affirmer, mais je crois qu'on ne saurait méconnaître l'enseignement que portent ces faits. Je crois aussi que la discussion actuelle montrera que l'ablation du maxillaire supérieur, n'est pas le dernier mot de la chirurgie, pour la cure des polypes naso-pharyngiens.

M. VERNEUIL. Je n'ai plus à parler de la question de priorité, puisque M. Dolbeau vient de nous déclarer qu'il n'avait pas songé à l'attribuer à M. Nélaton. J'ai demandé des renseignements et M. Dolbeau conclut que je ne suis pas au courant de la question. J'en sais ce que j'en puis savoir après avoir lu tout ce qui a été écrit à ce sujet. M. Nélaton a publié une observation, j'en ai pris connaissance comme je le devais, mais il y en a quatre autres dont M. Dolbeau est venu nous parler et c'est là dessus que je l'interroge. Ce ne sont pas des renseignements théoriques, ni le simple exposé des résultats que je réclame, mais les particularités de l'opération appliquée. On a employé l'électrolyse au lieu des moyens habituels, cela a-t-il été mieux ou plus mal, je n'en sais rien.

Deux nouvelles méthodes d'exérèse sont nées de notre temps, l'écrasement linéaire et la galvano-caustique, toutes les deux sont excellentes, pourquoi donc n'ont-elles pas fait le même chemin dans la pratique ? On ne peut nier que ce ne soit à cause des nombreuses petites difficultés de l'application du galvano-cautère. Je sais, comme mon collègue, que le progrès est aussi bien suivi dans les hôpitaux de province que dans ceux de Paris. Mais ici comme ailleurs, toute les fois qu'il y aura des moyens simples et efficaces, on les préférera à ceux qui, plus compliqués, n'ont pas d'avantages plus certains. Que l'on démontre par des observations bien prises que l'électrolyse est supérieure aux autres méthodes, et chacun l'adoptera, même avec ses difficultés d'application. Jusqu'à ce moment du moins, il nous est permis de préférer les méthodes de traitement que l'expérience a sanctionnés.

M. VELPEAU. Ce que M. Legouest a dit de la période de vitalité de certaines tumeurs, me paraît important et mériter grande considération ; je lui citerai deux observations. J'ai revu il y a six mois un malade opéré il y a vingt ans par Robert. Le polype avait été arraché sans opération préalable, il n'a pas repoussé, mais l'apophyse basilaire est doublée d'un coussin fibreux élastique, épais, qui depuis douze ans n'a pas augmenté de volume et ne le gêne aucunement. J'ai opéré l'autre malade il y a neuf ans, le malade en avait alors dix-huit. Je n'ai pas fait d'opération préalable, le polype a été arraché, morcelé. La guérison s'est maintenue, mais chez celui-là il y a encore sur l'apophyse basilaire un tubercule fibreux gros comme un marron. Le

malade sait qu'il le possède, mais cela ne bouge pas, le gêne peu et il ne serait pas disposé à se le faire enlever. Ces deux cas viennent à l'appui de ce qu'avancait M. Legouest.

L'histoire des corps fibreux de l'utérus fournirait un très-grand nombre de faits analogues. Il y a bien longtemps que j'ai vu d'énormes tumeurs fibreuses qui paraissaient incurables, rétrocéder, disparaître, après la ménopause. J'ai signalé chaque année dans mes cliniques plusieurs faits de cette espèce, et si je pouvais les récapituler, leur nombre serait certainement imposant. J'ai même vu, mais dans des cas fort rares, la rétrocession s'opérer chez des femmes plus jeunes. Il ne me paraît pas probable que ce soit aux médications que revienne l'honneur de pareilles cures. Mais il me semble bien démontré qu'après la ménopause, de très-gros corps fibreux peuvent s'amoinvrir et disparaître. Il y a donc là un champ ouvert à l'observation, car peut-être pourrait-on constater des particularités semblables pour d'autres maladies.

M. CHASSAIGNAC. Les tentatives faites par MM. A. Guérin et Legouest sont l'expression d'une heureuse tendance ; détruire le moins possible, marcher plus lentement, tempérer la gravité des opérations préliminaires. En ne réséquant qu'une petite partie de la voûte palatine, M. Nélaton avait déjà affirmé cette tendance. J'ai moi-même essayé de ruginer la base d'implantation du polype en renversant la portion cartilagineuse du nez et en portant à travers les fosses nasales le doigt armé d'un onguet. J'ai voulu aussi limiter la destruction dans l'enlèvement du maxillaire, et depuis longtemps j'ai dit qu'il était inutile d'enlever sa portion orbitaire.

On a publié de très-encourageantes statistiques de guérison après l'ablation totale du maxillaire supérieur. Mais qui ne sait que les statistiques faites avec des observations colligées dans les recueils périodiques, sont des statistiques de cas heureux, et qui ne sait aussi que l'ablation du maxillaire supérieur a maintes fois causé la mort. Pour moi, la bénignité de l'amputation du maxillaire n'est pas prouvée, et l'on pourrait expliquer le succès dans plusieurs cas, en faisant remarquer que la destruction de l'os que l'on a enlevé était en partie accomplie par la tumeur.

Il fallait donc simplifier l'opération préliminaire, et c'est ce que l'on a fait. Aujourd'hui on voudrait la supprimer, en particulier à l'aide de l'électrolyse. Mais avant de nous livrer aux expériences auxquelles nous convie M. Dolbeau, il nous faudrait plus de renseignements. L'électrolyse tue la tumeur, elle se gangrène, se décompose, n'est-ce pas là un grave reproche à lui adresser dans l'espèce, le reproche déjà fait à la ligature ?

Quoiqu'il advienne de cette méthode, la tendance que je signalais en commençant me paraît bien marquée. Il y a quelques années à peine, M. Verneuil avait laissé la Société de chirurgie sous l'impression que c'était en ouvrant la voie la plus large, que l'on devait prélever à l'ablation des polypes naso-pharyngiens. Personne n'avait trop contredit, je crois qu'aujourd'hui l'ablation totale du maxillaire trouvera peu de partisans.

M. VERNEUIL. Les tendances conservatrices dont vient de nous parler M. Chassaignac ont toujours existé. Je sais aussi qu'il y a eu des guérisons après l'arrachement simple, après des éliminations spontanées. Mais là n'est pas la question. Il faut bien revenir aux chiffres et compter les guérisons de chaque méthode. On conviendra, je crois, que, dans la majorité des cas, il n'est pas possible de se passer de voie préliminaire; or, il est facile de démontrer que de toutes, la voie maxillaire est la meilleure. Ce n'est qu'après avoir étudié et comparé une masse énorme de faits, que j'ai établi cette proposition. Cela n'a pas empêché M. Langenbeck de dire: qu'enlever le maxillaire supérieur, était le comble de la barbarie et de l'ignorance. Tous les faits n'étaient probablement pas connus du chirurgien de Berlin, car il s'attribue le déplacement des os, imaginé ici par MM. Chassaignac et Huguier.

Mais que sont devenus les opérés de la chirurgie conservatrice, ceux auxquels on a déplacé les os, ceux, déjà très-nombreux, auxquels on a enlevé leur polype à l'aide de l'anse galvano-caustique de Milderdopf. J'ai vu beaucoup de ces observations dans les recueils allemands. Que sont devenus les malades, on ne l'a pas dit. Cependant nous ne le savons que trop, les polypes récidivent. Aussi ne puis-je appeler conservateur, un procédé qui expose à recommencer une grande opération; celui-là est conservateur qui permet de poursuivre le mal jusqu'à complète guérison.

M. DEMARQUAY. Je crois que l'on peut s'ouvrir une voie très-large sans enlever le maxillaire tout entier. Dans deux cas j'ai pu très-facilement arriver à l'implantation, en enlevant seulement la paroi antérieure du sinus maxillaire; souvent d'ailleurs le polype a ouvert la voie. Mes opérés n'étaient pas jeunes, l'un avait trente-trois ans et le second vingt-sept; ils ont été définitivement guéris.

Je serais partisan de la méthode électrolytique. En essayant de coaguler le sang dans les vaisseaux, à l'aide de l'électricité, j'ai souvent produit des escharres qui augmentaient ensuite d'étendue. L'action destructive des courants électriques est donc évidente, mais je crois dangereuse la commotion vive que détermine leur application. J'ai vu succomber une jeune dame pleine de vie et de santé,

venue à Paris pour être traitée d'une affection de l'oreille. On avait appliqué l'électricité; une secousse violente fut ressentie, et dès lors se manifestèrent des accidents tout particuliers auxquels la malade succomba en peu de jours.

Je crois néanmoins, qu'en évitant la secousse, cette méthode peut être appliquée avec avantage. J'ai peine à admettre au contraire, que par la rugination on puisse arriver à enlever des polypes à implantations larges, à prolongements multiples.

M. DESPRÉS. J'ai eu l'occasion de voir le malade qu'a opéré M. Huguier, par déplacement du maxillaire. Après la guérison du polype, les dents étaient cariées, le maxillaire était resté mobile; le malade, qui ne peut se servir de sa mâchoire, est dans de moins bonnes conditions que ceux qui ont un appareil prothétique. Je crois donc que ce fait plaiderait en faveur de l'opinion de M. Verneuil.

M. CHASSAIGNAC. Je ne trouve pas la conclusion de M. Després rigoureuse, ce qu'il vient de nous dire ne prouvant pas qu'il faille enlever tout le maxillaire. Je défends, ici, les ablations partielles, c'est-à-dire une manière de faire, bien distincte de celle des chirurgiens qui enlèvent, tout ou qui déplacent le maxillaire. J'ai abandonné l'ablation totale et je la combats, non-seulement parce qu'elle est préjudiciable pour le malade, mais parce qu'elle peut être inutile.

Vous dites que la maladie récidivera, mais sans le savoir au juste, puis vous pensez qu'elle récidivera d'autant mieux que vous aurez laissé une partie du mal. Cependant nous enlevons tous les jours des tumeurs dans d'autres régions, nous dépassons beaucoup les limites du mal et nous avons des récidives, alors même qu'il s'agit de tumeurs récidivant sur place. Ainsi, j'ai vu récidiver sept fois une tumeur fibro-plastique de la peau; après la septième opération, il y eut généralisation. Je suis loin de blâmer le chirurgien qui veut enlever dans son entier le polype naso-pharyngien, en détruire toutes les implantations. Je pense qu'il est autorisé à s'ouvrir une voie suffisante pour arriver le mieux possible à la destruction de la tumeur, mais il ne faut pas que son opération préliminaire puisse être préjudiciable au malade, puisqu'il ne sait pas si la destruction absolue qu'il recherche par sa large ouverture est la condition absolue de la guérison.

M. BROCA. Je désire revenir sur quelques points relatifs à l'application de l'électricité pour la destruction des tumeurs. On a désigné la méthode sous les noms d'électrolyse, d'électro-chimie. Ni l'un ni l'autre n'expriment, je crois, la vérité. Crussel, qui eut le premier l'idée d'appliquer l'électricité à la destruction des tumeurs, créa aussi le mot électrolyse. Il avait eu la prétention, non-seulement de pro-

duire rapidement des escharres autour des aiguilles enfoncées dans les tumeurs, mais encore de modifier, de dissoudre par les alcalis, autour du pôle négatif, les éléments de ces tumeurs. Or il fut bientôt prouvé qu'il y avait formation d'escharres et non décomposition par la pile.

L'application de l'acupuncture aux tumeurs sanguines a souvent donné l'occasion de produire sans le vouloir des escharres. Cela m'est arrivé pour une tumeur érectile de la lèvre supérieure ; je me servis d'une pile de Volta, et je crus pouvoir porter la tension jusqu'à cinquante couples. Il se produisit une escharre autour de l'aiguille négative et grâce à la gangrène que je n'avais pas cherchée la tumeur guérit complètement. Dans la galvano-puncture appliquée aux anévrysmes, c'est la peau qui se mortifie. Si la cautérisation était chimique, elle devrait se produire à la pointe de l'aiguille. On a objecté que l'acide peut refluer le long de l'aiguille et venir ainsi cautériser la peau. L'escharre aurait alors sa base dans la tumeur et son sommet à la peau, tous les tissus intermédiaires seraient frappés ; il n'en est rien. Ce n'est donc pas par une action chimique que l'escharre peut se produire dans ces conditions. L'électricité agit probablement ici comme le fait la foudre, les tissus sont tués, puis ils se décomposent. C'est ce qui a pu faire croire à M. Demarquay que l'escharre tendait à s'accroître. Rien de pareil n'est possible, l'escharre se montre, devient apparente, voilà tout. Je crois moins que M. Demarquay au danger de la secousse, qui peut être produite par les appareils usités en médecine. Je ne me l'explique même pas dans le cas dont il nous a parlé. D'après ce que me dit M. Houel, M. Nélaton emploie quatre éléments de Bunsen, et la secousse est très-douloureuse ; même avec vingt éléments, on n'obtiendrait pas une secousse pouvant déterminer le foudroiement dont nous a parlé notre collègue.

M. HOUEL. Avec quatre éléments Bunsen, lorsque les aiguilles sont appliquées sur une tumeur qui siège à la base du crâne, j'ai toujours vu au moment où s'établit le courant et au moment où on l'interrompt, se produire une secousse très-pénible. Le malade se plaint très-vivement, et ce serait un argument sérieux contre l'application de l'électro-chimie à la cure des polypes naso-pharyngiens, si l'on n'était parvenu à supprimer toute secousse. Des modifications toutes spéciales apportées à l'appareil ont permis à M. Nélaton d'arriver sûrement à ce résultat. Je les ferai connaître dans un prochain travail, je me contenterai pour le moment de dire que les aiguilles doivent être introduites dans la masse morbide avant l'établissement du courant, et qu'elles n'en doivent être retirées que quand il est complètement interrompu.

ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE.

Sur 34 votants :

MM. Tillaux a obtenu.	29 voix.
Liégeois	4 —
Billet blanc	4 —

M. Tillaux est proclamé membre titulaire de la Société de chirurgie.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 7 FÉVRIER 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

La Gazette médicale de Strasbourg;

Le Bulletin médical du nord de la France;

Les Archives générales de médecine.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. le Ministre de l'instruction publique, accordant à la Société de chirurgie une allocation de 600 francs;

Une lettre de M. Gibson, directeur du département médical de l'armée, remerciant la Société de l'envoi du *Bulletin* de 1865;

Des lettres de MM. Tillaux, Brown-Séquard et Donders, remerciant, le premier du titre de titulaire, les seconds du titre de correspondants étrangers qui leur ont été confiés.

MM. Robert et Collin, fabricants d'instruments de chirurgie, présentent un nouveau kystitome, construit d'après les indications de M. le docteur Desmarres fils.

— M. LARREY présente, au nom de l'auteur, une brochure intitulée : *De l'Uréthrite chronique et de son traitement par la dilatation progressive*, par M. Allaire, médecin-major aux chasseurs à cheval de la garde impériale. — En son propre nom, une Notice sur M. Montagne, ancien chirurgien-major du premier Empire, etc.

Couteau galvano-caustique à chaleur graduée.

M. BROCA présente, au nom de l'auteur **M. E. de Séré**, médecin-major à l'hôpital militaire de Vincennes, un instrument dont voici la description :

Ce couteau est un instrument de chirurgie, dont la lame en platine s'échauffe à 4,500 degrés de chaleur, par le passage d'un courant galvanique produit par une pile de Grenet.

Le platine étant un métal mou, cette lame n'a pas de tranchant qui lui soit propre; mais elle en acquiert un excellent au moyen du feu électrique, qui lui communique instantanément avec un fulgurant éclat une trempe spéciale, car la lame redevient mousse dès que la chaleur disparaît. A 4,500 degrés, au rouge blanc éclatant prêt à fondre, les tissus coupés net restent béants, le sang en sort à plein canal. Ce couteau à lame fixe est hémorrhagique.

Cet instrument a été gradué de 4,500 à 600 degrés. Sa chaleur augmente ou diminue au moyen d'un procédé fort simple, qui consiste à allonger ou à raccourcir la portion de platine comprise dans le circuit : la lame ardente passe ainsi par tous les tons de l'échelle lumineuse calorifique, depuis le rouge blanc éclatant qu'on obtient à 4,500 degrés jusqu'au rouge sombre à 600 degrés.

Par la graduation on réunit en un seul instrument trois indications chirurgicales :

- 1° La section hémorrhagique, à 4,500 degrés;
- 2° La section hémostatique, à 600 degrés;
- 3° Les sections et cautérisations graduées, à tous les degrés intermédiaires.

On peut le graduer de deux façons, hors du manche et dans le manche.

Le couteau qui se gradue hors du manche est à lame mobile : un bouton isolant pousse la lame graduée hors du manche, d'où elle sort en glissant à frottement doux entre les deux extrémités des rhéophores de la pile.

Le couteau gradué dans le manche est à lame fixe : un bouton mobile en métal très-bon conducteur déplace son point de contact en glissant sur une échelle de graduation en platine placée dans le manche.

Ce petit couteau, envoyé comme modèle à l'Exposition de 1862 à Londres, peut être transformé de façon à remplacer la lame par toute autre forme d'instrument et à les graduer de la même façon.

M. DEMARQUAY. J'ai fait plusieurs ablations de tumeurs avec le

couteau galvano-caustique. Je désire attirer l'attention sur la facilité incroyable, effrayante avec laquelle cet instrument pénètre les tissus. On pourrait, si l'on n'était prévenu, être exposé à de graves accidents.

M. BROCA. Milderdorf a beaucoup insisté sur la puissance avec laquelle pénètrent ou sectionnent les instruments galvano-caustiques; c'est là une propriété bien démontrée et bien connue.

Hygiène hospitalière. — Maternités.

M. L. LE FORT fait hommage à la Société de chirurgie d'un ouvrage intitulé : *Des Maternités*. Sur l'invitation de M. le Président, M. Le Fort remettra, pour être consignée dans le procès-verbal, une note résumant les faits principaux exposés dans son livre.

M. L. LE FORT. Je remercie la Société du désir qu'elle exprime, et je tâcherai d'être court pour ne pas abuser de sa bienveillance. Ce travail est basé sur une statistique de 4 million 800 mille accouchements, pratiqués en nombre à peu près égal, dans des hôpitaux ou des maternités (888,342), ou effectués en ville par les soins d'institutions charitables, et en ville, au domicile des accouchées (934,784). Ce rapprochement montre une différence énorme dans la mortalité, suivant le milieu où s'est opéré l'accouchement. Dans les hôpitaux, la moyenne a été environ de 4 morte sur 30 accouchées, tandis que cette mortalité n'est en ville que de 4 sur 150, 200 et quelquefois moins encore.

Cette différence, sur laquelle notre collègue M. Tarnier a été le premier à appeler l'attention en 1858, est telle à Paris, que les bureaux de bienfaisance donnent, pour 1862, 63 et 64, une mortalité moyenne de 4 accouchées sur 487, tandis que la maternité de 1860 à 1864, sur 9,886 accouchées, en perdait 4,226, c'est-à-dire 4 sur 8.

Cette différence dans les résultats, suivant le milieu où s'opère l'accouchement, se retrouve, quoique moins marquée, dans toute l'Europe.

Il me fallait tout d'abord m'assurer de l'exactitude numérique des statistiques : j'ai éliminé celles des établissements où les accouchées malades sont transférées dans les hôpitaux; j'ai conservé celles où ce transfert est accidentel, car le seul résultat était de diminuer un peu le chiffre de la mortalité des maternités; or, cette atténuation serait loin de venir en aide à la thèse que je soutiens, puisque je montre avec la statistique que la mortalité des maternités, même avec cette atténuation accidentelle, est encore excessive.

Cette différence dans les résultats peut être influencée par l'état

social et moral des femmes reçues dans les maternités ; mais je démontre qu'elle est loin d'être due à cette cause.

Elle n'est pas due non plus au chiffre plus considérable des accouchements laborieux et des opérations obstétricales ; car, si la mortalité est plus grande après l'intervention active de l'accoucheur, cette légère élévation, portant sur un chiffre restreint d'accouchements, disparaît devant l'influence bien autrement grande de la mortalité générale de toutes les accouchées d'un même établissement.

La mortalité excessive des maternités est due au large développement de la fièvre puerpérale.

L'apparition de cette maladie ne subit que très-peu l'influence des saisons, du climat, des épidémies concomitantes, des conditions individuelles, de la population plus ou moins considérable de l'établissement.

Le caractère de la fièvre puerpérale est de se montrer sous forme d'épidémie. Les épidémies ne sont pas dues à un germe répandu dans l'atmosphère, à des conditions météorologiques, car pour une même ville, il n'y a pas coïncidence dans l'état sanitaire de deux maternités voisines. J'ai montré, par des travaux graphiques, que tandis que la Maternité de Paris est le siège d'épidémies épouvantablement graves, et cela pendant plus d'une année, la mortalité de la Clinique reste au-dessous de sa mortalité moyenne ordinaire.

J'ai montré les mêmes faits pour les deux maternités de Pétersbourg. Je l'ai montré pour Vienne, là où les deux maternités sont placées dans le même hôpital, dans le même bâtiment, mais sans communication du personnel de l'un avec l'autre, la première étant destinée aux étudiants, la seconde aux élèves sages-femmes.

C'est la contagion qui est cause du développement de la fièvre puerpérale sous forme d'épidémie ; c'est la contagion d'une fièvre puerpérale accidentellement développée, s'étendant aux accouchées saines. Elle est favorisée par la réunion des accouchées dans les mêmes salles ; elle est transmise par les malades, par les infirmières, par le médecin lui-même, et les épidémies décrites dans les villes, dans les villages, n'existent parfois que dans la clientèle d'un seul accoucheur.

L'isolement immédiat des accouchées malades, la séparation du personnel médical, l'observation des lois de la propreté, sont des conditions indispensables de cette hygiène spéciale. La Commission fonctionnant au ministère de l'intérieur n'avait pas reconnu ce fait capital de la contagion, et quoique le rapport ait été fait par mon regretté maître M. Malgaigne, la vérité m'oblige à dire qu'il proposait, d'accord avec la Commission, des mesures insuffisantes : l'aération,

l'espacement des lits, un large cubage d'air, des salles de dix lits, diminuent mais ne suppriment pas les chances de contagion. Supprimer les causes de contagion, tel est le but que j'ai cherché à montrer et que j'ai cherché à atteindre dans le projet de maternité qui termine et résume cet ouvrage.

J'ai dans des chapitres séparés donné la description et l'organisation des principales maternités d'Europe, l'organisation de l'enseignement pour les étudiants et les élèves sages-femmes, et enfin un aperçu des conditions qui règlent en Angleterre, en Prusse, en Russie, en Autriche et en France, la pratique civile de l'accouchement.

Traitement des polypes naso-pharyngiens.

M. VERNEUIL cite, à l'appui des opinions émises par M. Legouest et défendues par M. Velpeau, sur la récidue et la marche de certaines tumeurs fibreuses, une observation de polype naso-pharyngien opéré par la résection de la voûte palatine. Pendant plusieurs années, on a cru la guérison radicale et le fait a été compté comme un exemple de cure complète.

La malade sera opérée de nouveau, et la suite de l'observation sera communiquée ultérieurement.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Luxation congéniale du cristallin.

M. FOLLIN présente à la Société un jeune homme de vingt ans, atteint aux deux yeux d'une lésion congéniale des plus rares, un déplacement du cristallin en haut et en dedans.

C'est vers l'âge de trois ans qu'on s'aperçut de quelques troubles visuels chez ce malade; il avait quelque difficulté à trouver ses jouets qu'il cherchait plutôt avec ses mains qu'avec ses yeux. Jusqu'en 1859 il ne put guère s'occuper des travaux de lecture, mais à cette époque il vint à Paris, et un opticien lui construisit, sur les conseils du docteur Desormeaux, une lunette de Galilée pour voir de loin, et un autre système de lentille, analogue aux doublets, à l'aide duquel il put voir de près, lire nettement à une distance de 20 centimètres et faire des études de mathématiques au tableau.

Aujourd'hui ce malade est dans l'état suivant : il a un strabisme convergent et alternant aux deux yeux, et dans l'exercice de la vision binoculaire, il éprouve quelquefois de la dyplopie qui ne se voit plus dans la vision monoculaire. Quand on examine ses yeux directement à la lumière naturelle, on ne voit rien d'anormal dans les membranes externes, mais seulement un léger *tremulus* de l'iris. Si l'on illumine les yeux soit par l'éclairage oblique, soit, ce qui vaut

mieux, par l'éclairage direct, on constate, derrière l'iris, en haut et en dedans, un corps lenticulaire, possédant tout à fait la forme d'un segment du cristallin et bordé d'une ligne noirâtre qui paraît provenir du pigment de l'uvée. La disposition de ces cristallins déplacés est la même des deux côtés : seulement à l'œil droit, la transparence du cristallin est moins complète qu'à gauche.

L'examen du fond de l'œil avec l'ophthalmoscope démontre que la rétine est intacte, mais il existe au côté externe des deux pupilles un demi-cercle d'atrophie choroïdienne.

Voulant s'assurer si l'emploi des systèmes de lentille dont ce jeune homme se sert lui était absolument indispensable, M. Follin l'a soumis à différents essais de vision avec des verres bi-convexes, et il a constaté qu'il pouvait se passer de ces systèmes compliqués, lourds et pénibles à employer. Ce jeune homme est en grande partie dans les conditions des opérés de cataractes et peut, comme eux, faire usage des verres bi-convexes ordinaires. Ainsi, avec des verres bi-convexes numéro 3 1/2, ce malade peut lire à 23 centimètres des caractères typographiques fins, et avec des verres bi-convexes numéro 5, la vision de loin est très-convenable pour les différents besoins de la vie.

L'astigmatisme recherché par différents essais à l'aide de la lunette à fentes n'a point été constaté à un degré qui puisse exercer de l'influence sur la vision.

M. Follin montre aux membres de la Société, à l'aide d'un ophthalmoscope fixe, la disposition des cristallins luxés, et conclut en conseillant de faciliter la vision chez ce jeune homme par le seul usage de verres bi-convexes ordinaires, numéros 3 1/2 et 5.

M. PERRIN. Le malade que vient de nous montrer M. Follin, est dans la condition de ceux auxquels on a extrait le cristallin. Il devrait voir avec des verres convexes. Il ne voit bien cependant qu'avec une lunette de Galilée. J'en inférerais que la rétine est peu sensible. Il est un autre point qui a attiré mon attention : malgré son déplacement, le cristallin est encore en partie dans le champ pupillaire, qui est à la fois occupé par cette portion de lentille et le corps vitré. Les rayons lumineux traversent donc des milieux dont l'indice de réfraction est différent. De là, sans doute, un astigmatisme irrégulier. Je me demande si l'on n'arriverait pas à un bon résultat en combinant l'emploi des verres convexes et cylindriques.

M. TRÉLAT pense que chez ce malade il ne doit pas exister d'astigmatisme.

M. FOLLIN. L'astigmatisme irrégulier est fort difficile à corriger. J'examinerai le malade à ce point de vue. Ainsi que j'ai eu l'honneur

de le dire, n'ayant que momentanément le sujet à ma disposition, je l'ai présenté à la Société avant même de l'avoir étudié complètement. Je remettrai pour le procès-verbal une observation complète.

M. LARREY. Je ne rappellerai pas le jeune malade que j'ai présenté à la Société, il y a une douzaine d'années, comme un exemple curieux de luxation traumatique du cristallin non cataracté. Mais je crois que M. de Graefe a publié des observations analogues dans les *Archives d'ophtalmologie*, et qu'il ne considérait même pas ces déplacements comme fort rares.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Luxation sous-glénoïdienne de l'humérus.

M. BROCA présente un moule en plâtre pris sur un malade observé par lui à l'hôpital Saint-Antoine et donne les renseignements suivants :

Le malade, âgé de soixante-trois ans, en état d'ivresse est tombé de sa hauteur seulement, dans la rue. La chute a eu lieu sur le côté droit du corps ; immédiatement après abolition des fonctions du membre supérieur droit. Le blessé est transporté à l'hôpital deux heures après. Il est très-maigre, quoique bien portant habituellement : aussi est-il facile de se bien rendre compte des lésions subies par le membre supérieur droit.

Le deltoïde tendu et aplati au niveau de l'articulation tombe à angle obtus sur l'humérus ; le coude est élevé et le bras forme avec le tronc un angle de plus de 90 degrés. On pourrait au premier abord penser à une fracture de l'humérus, mais il est facile de constater que la tête a quitté la cavité glénoïde, qu'elle est déplacée dans l'aisselle et que le levier huméral est intact.

La tête de l'humérus est immédiatement sentie sous la peau, on voit et l'on sent la saillie qu'elle forme à la base de l'aisselle. Elle est placée au-dessous de la cavité glénoïde, contre la côte de l'omoplate, au-dessous et en dedans de la ligne d'insertion de la longue portion du triceps. On constate à la face inférieure de la saillie osseuse la gouttière bicipitale qui regarde directement en bas. L'humérus a donc subi un mouvement de rotation en dedans, ce dont témoigne la position de l'épitrachée qui regarde en arrière. L'angle inférieur de l'omoplate est écarté du tronc et rapproché de la colonne vertébrale. L'avant-bras fléchi est dans la pronation. Les muscles sont tendus, roidis, les mouvements actifs sont impossibles, les mouvements passifs limités ; on peut imprimer de très-légers mouvements d'élévation,

d'abaissement et d'abduction, l'abduction est surtout difficile. La tête est en somme immobilisée dans sa position nouvelle.

Le bras est raccourci mais d'un centimètre seulement, le côté malade mesure 0,28, le côté sain 0,29.

La paroi antérieure de l'aisselle du côté malade est allongée, elle mesure 0,443, du côté sain 0,430.

La paroi postérieure présente une différence encore plus marquée du côté malade 0,472, du côté sain 0,442.

La circonférence de l'aisselle prise du sommet de l'acromion donne pour le côté malade 0,425, pour le côté sain 0,360.

La sensibilité cutanée est intacte, la circulation se fait bien, légère ecchymose le long du bord axillaire de l'omoplate, d'ailleurs ni gonflement ni traces de contusions.

La réduction fut facile, mais elle se fit manifestement en deux temps; après les premières tractions, la tête se dégagea comme un noyau de cerise que l'on expulse entre les doigts, mais la réduction n'était pas opérée. Cela fut aisément constaté par tous les assistants et par moi-même. Bientôt après la tête rentra dans la cavité glénoïde. J'ai donc tout lieu de présumer qu'une boutonnière musculaire embrassait et retenait la tête humérale.

M. BOLBEAU. J'ai observé récemment à l'Hôtel-Dieu un cas qui peut être rapproché de celui de M. Broca. Un jeune homme pris dans un engrenage avait eu la main et l'avant-bras arraché; on l'apporta à l'hôpital. Je pus constater que l'humérus était brisé à sa partie moyenne, et que la tête de cet os chassée de sa cavité était fortement portée en bas et avait perforé les téguments. La coulisse bicipitale regardait également en bas, je la sentais, je la voyais même à travers la perforation; le bras était élevé et immobile. Malgré l'emploi du chloroforme, je ne pus parvenir à réduire la luxation et le malade succomba quelques jours après.

La tête de l'humérus était appliquée sur la côte de l'omoplate, la capsule était largement déchirée à la partie antérieure et supérieure. Le muscle sous-scapulaire recouvrait en partie la tête humérale, mais il n'y avait pas de boutonnière musculaire; je l'avais soupçonnée pendant la vie du malade, mais je n'ai rien trouvé qui y ressemblât. Anatomiquement, je n'ai donc pu m'expliquer quel avait été l'obstacle à la réduction.

M. GUYON. Au mois de décembre dernier, pendant une courte absence de mon collègue M. Follin, j'ai eu l'occasion de réduire, dans mon service, une luxation sous-glénoïdienne de l'humérus.

Le malade, âgé de cinquante-deux ans, homme de peine, fortement musclé, était, cinq jours avant son entrée à l'hôpital, monté sur une

charrette pour la décharger. Le cheval ayant fait un écart, il tomba à terre, roula ensuite sur une pente jusqu'à une profondeur de quinze pieds. Il se fit plusieurs contusions légères, sentit une forte douleur à l'épaule gauche, et reconnut qu'il lui était impossible de remuer le bras. Le moignon de l'épaule se tuméfia rapidement, il y appliqua des cataplasmes pendant quatre jours et n'entra que le cinquième à l'hôpital Cochin.

Le gonflement du moignon de l'épaule de la région sus-claviculaire, de la région scapulaire, de la paroi latérale du thorax, était tellement considérable que je craignis d'acquiescer la preuve d'une déchirure vasculaire importante. Je fus au moins rassuré pour l'axillaire, la circulation du membre malade était normale. Malgré le gonflement, on était frappé de la tension du deltoïde, qui appliqué sur la cavité humérale rejoignait l'humérus à angle très-obtus. Le coude était écarté du tronc, mais seulement sous un angle d'environ 45 degrés. La tête humérale fortement abaissée formait sous la peau de l'aisselle un relief parfaitement sensible à la vue. Il était facile de la sentir à travers la peau, mais nous n'y avons pas reconnu la gouttière bicipitale. D'ailleurs, le bras n'était pas tordu sur son axe. Les mouvements communiqués se transmettaient à la tête, mais lorsqu'on la repoussait directement, on ne pouvait lui imprimer de déplacement. Sa mobilité n'était donc pas en rapport avec le degré du déplacement. Une ligne horizontale, tirée du niveau de la face inférieure de la tête luxée, passait à 0,05 seulement au-dessus du mamelon gauche.

Le bras luxé était allongé d'un centimètre, et donnait 0,28 à la mensuration, tandis que le bras du côté sain ne mesurait que 0,27; Les deux bras étant, bien entendu, placés dans une position identique.

Je désirais réduire sans efforts de traction, préoccupé que j'étais de la possibilité d'une déchirure vasculaire. Le malade fut chloroformé jusqu'à résolution musculaire complète; l'avant-bras confié à deux aides et la contre-extension à deux autres. Après quelques tractions faites horizontalement, la tête rentra sans aucun bruit dans sa cavité. Le lendemain, la tuméfaction avait notablement augmenté dans la région sus-scapulaire et envahissait les parties latérales du cou. L'immobilité la plus absolue du membre, de très-larges cataplasmes, tels furent les moyens employés.

Les suites de l'opération furent simples, et je n'avais plus revu le malade, lorsque M. Follin me fit savoir qu'il avait découvert une fracture de la partie inférieure de la cavité glénoïde se prolongeant sur la côte de l'omoplate, dont elle avait séparé une partie.

Voici, en effet, ce que l'on constatait dix-sept jours après l'accident :

« La conformation extérieure de l'épaule est normale, les saillies et les dépressions de cette région se correspondent des deux côtés. Les mouvements de l'article sont assez bien rétablis, l'adduction est encore un peu gênée. Le malade se plaint de sentir de temps en temps des élancements dans le creux de l'aisselle. En imprimant des mouvements au bras, on perçoit de légers craquements. Si on porte le doigt sous l'aisselle, on sent une saillie dure et sensible à la pression. Si, en même temps, on imprime des mouvements au bras, on s'aperçoit que la tumeur ne bouge pas; si, au contraire, on dit au malade d'élever ou d'abaisser l'épaule, on la sent remuer sous le doigt. Cette saillie osseuse est donc attachée au bord axillaire de l'omoplate. »

M. BROCA. Je crois pouvoir affirmer que rien de semblable n'existait chez mon malade. Non-seulement rien ne pouvait le faire présu-mer avant et pendant la réduction, mais la très-grande rapidité de la guérison témoignerait encore contre cette supposition.

M. VERNEUIL communique un cas analogue, il montrera la pièce pathologique dans la séance suivante. L'observation sera publiée ultérieurement.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 14 FÉVRIER 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

Le Montpellier médical.

Le Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques;

Quelques mots sur les pneumonies suettiques, par M. Putégnat (de Lunéville).

Six opérations de fistule vésico-vaginale, par M. Courty (de Montpellier).

— M. Trélat fait hommage à la Société d'une brochure intitulée : *Les Hôpitaux, assistance et hygiène.*

— M. Larrey présente, au nom de M. Marion Sims, un livre intitulé : *Notes cliniques sur la chirurgie de l'utérus*.

— M. Brown-Séquard, membre correspondant étranger, fait hommage de ses *Leçons de physiologie et de pathologie du système nerveux central*, faites au Collège royal des chirurgiens d'Angleterre en mai 1858.

— M. Follin présente, au nom de M. Forichon, sa thèse inaugurale : *Quelques observations sur la méthode indirecte de traitement des fistules vésico-vaginales*.

— M. Giralès offre une série d'ouvrages qu'il a reçus d'Angleterre pour la Société : 1° Le vingt-sixième volume des *Transactions de la Société pathologique de Londres* ; 2° le *Catalogue* (suppléments n° 4 et n° 2) du musée du Collège royal des chirurgiens d'Angleterre ; 3° le *Catalogue de la bibliothèque du Collège royal des chirurgiens d'Angleterre*, vol. IV, partie I^{re} et II^e, 1855-1860 ; 4° cinq volumes de la *Statistique sanitaire et médicale de l'armée*, pour 1859, 1860, 1861, 1862 et 1863.

— M. Soulez (de Romorantin) adresse une note sur une cause peu connue de l'apoplexie de la rétine. (Commissaire unique, M. Perrin).

— M. Verneuil présente un mémoire de M. Gayet (de Lyon), intitulé : *De l'hypertrophie conjonctive généralisée*. (Commissaires : MM. Verneuil, Follin et Tarnier).

A propos du procès-verbal :

Maternités.

M. TARNIER demande à ce qu'une discussion s'engage sur l'ouvrage présenté par M. Le Fort.

Après quelques observations de MM. Trélat, Perrin et Cloquet, qui rappellent qu'il n'est pas dans les usages de la Société de mettre en discussion les ouvrages de ses membres, il est décidé que la parole sera réservée à M. Tarnier, dans une prochaine séance, pour faire une communication sur l'*hygiène des maternités*.

Luxation sous-glénoidienne de l'humérus.

M. VERNEUIL montre la pièce anatomique de la luxation sous-glénoidienne de l'humérus, dont il a parlé dans la dernière séance, et remet l'observation suivante :

Lorsque M. Broca a mis sous les yeux de la Société le moule en plâtre de la luxation qu'il avait observée, j'ai été frappé de la similitude absolue de la déformation avec celle d'un accident de ce genre, que j'avais rencontré à Lariboisière, et dont j'avais même sommairement entretenu mes collègues, dans une communication sur quelques

luxations rares qui s'étaient présentées dans mon service, dans les derniers jours de l'année dernière. A ce moment, je n'avais pas prononcé le nom de luxation sous-glénoïdienne, je m'étais contenté de dire que la tête était si loin de sa position normale qu'elle paraissait avoir abandonné tout à fait la cavité glénoïde, pour se mettre en rapport avec la paroi de la poitrine et les espaces intercostaux.

Du reste, même attitude, le bras étant presque à angle droit, le deltoïde très-tendu, la tête soulevant la peau de l'aisselle, etc. Je ne fis point de mensuration exacte et me mis en devoir de réduire. L'accident datait de la veille, le sujet était un vieillard maigre, assez chétif, peu musclé; d'un autre côté, un aussi grand déplacement impliquait à mes yeux la destruction très-large de la capsule; j'annonçai donc que la réduction serait très-aisée, ce qui fut vrai, car je l'effectuai seul, en quelques instants et sans le secours du chloroforme. Le membre fut immobilisé pendant quelques jours, après quoi, tout paraissant se passer comme à l'ordinaire, on ne s'occupa plus de cette lésion.

L'attention, d'ailleurs, en fut détournée par des accidents beaucoup plus graves, qui se développèrent du côté opposé, c'est-à-dire à la partie inférieure de la jambe gauche, qui avait été contuse lors de la chute. De ce point, en effet, partit un phlegmon diffus, à marche insidieuse, qui peu à peu gagna toute la région du cou-de-pied, puis la jambe, superficiellement et profondément, de sorte que tout ayant été employé vainement pour arrêter les progrès du mal, émissions, débridements, drainage, injections, etc., je me décidai à pratiquer l'amputation de la jambe au lieu d'élection supérieur, pour tenter de sauver le malade, dont l'état était presque désespéré. Cette ressource elle-même fut inefficace : le moignon fut pris de pourriture d'hôpital dont les plaies de la jambe avaient déjà présenté des traces et le malade succomba à cette complication douze jours après l'amputation. (Je dirai en passant, que la pourriture d'hôpital est tellement rare actuellement, que depuis plusieurs années je n'en avais pas vu d'exemple et que je ne pus en arrêter les progrès ni par l'iode, ni par le perchlorure de fer, le tartrate ferrico-potassique, l'acide phénique, ni même une cautérisation au fer rouge énergique et complète).

Deux mois environ s'étaient écoulés depuis la chute et la réduction de la luxation ; néanmoins je ne laissai pas échapper cette occasion d'examiner l'état de la jointure scapulo-humérale. J'annonçai que nous trouverions la capsule largement déchirée, surtout à la partie *interne et inférieure*, la tête ayant dû s'échapper en bas et en dedans pour occuper la position que nous avions constaté et sur le vivant.

Aussi, mon étonnement fut-il grand lorsqu'il me fut prouvé que

ces prévisions étaient inexactes. A l'autopsie, nous trouvâmes naturellement la luxation réduite et les surfaces articulaires dans leurs rapports normaux ; mais lorsque nous reproduisîmes le déplacement, ce qui fut aisé, la solution de la capsule étant encore tout à fait béante, nous vîmes : 1° que la déchirure portait sur les insertions du manchon fibreux à l'humérus, non point en dedans, mais en dehors ; 2° qu'elle comprenait environ les $\frac{3}{5}$ de la circonférence de ces insertions, depuis la base de la petite tubérosité en avant, jusqu'à l'union des deux facettes de la grosse tubérosité avec la troisième en arrière ; 3° qu'il y avait arrachement des tendons du sous-scapulaire, du sus-épineux, du sous-épineux, le petit rond restant seul attaché à l'humérus ; 4° que la capsule enfin n'adhérait plus à l'humérus que dans ses $\frac{2}{5}$ inférieurs et internes, c'est-à-dire du côté de l'aisselle, précisément dans le point où nous avions cru la déchirure inévitable et démontrée *a priori*.

La tête était donc sortie par la partie extérieure de l'articulation et ce n'est que par un déplacement consécutif qu'elle avait pu se loger dessous l'extrémité la plus basse de la cavité glénoïde. Nous essayâmes de lui faire reprendre cette position déclive, mais sans pouvoir y réussir complètement, à la vérité ; la portion restante de la capsule, qui dans l'état normal est mince et extensible, s'était sans doute rétractée par suite de l'inflammation consécutive, ce qui tendrait à le prouver c'est que le mouvement d'abduction était beaucoup moins étendu que d'habitude, limité qu'il était, même après la dissection complète, par cette même capsule.

Au reste les surfaces diarthrodiales, la face profonde de la capsule, les parties environnant l'articulation ne présentaient aucune trace de phlegmasie, ni brides, ni adhérences, ni exsudation, nulle trace même de cicatrisation de la déchirure. Le tendon du biceps était luxé, il était à la partie antérieure de la jointure, à deux centimètres au moins de sa gouttière. Les débris de sa gaine avaient contracté quelques adhérences et offraient çà et là quelques noyaux d'ossification aussi bien que les tendons du grand pectoral, du grand dorsal et du grand rond.

Les tendons des muscles rotateurs étaient rompus au point précis de leur insertion à l'humérus, il n'y avait aucune fracture des tubérosités.

Dans la grande majorité des cas, la déchirure de la capsule siège à la partie interne, inférieure et antérieure de la capsule et cela s'explique puisque la luxation se produit le plus souvent dans le mouvement d'abduction ou lorsque le bras est écarté du tronc. Dans le cas actuel, il fallait invoquer un tout autre mécanisme et une attitude tout à fait

inverse. Nous discourions sur cette anomalie, lorsqu'un élève de service parcourant ses notes en trouva l'explication. En effet le malade avait été renversé par une voiture et roulé à terre. Son bras était dans la flexion et l'adduction forcée lorsqu'il sentit à l'épaule une douleur vive. La tête dans cette position distendait donc la partie externe de la capsule, lorsque celle-ci avait cédé à ses insertions humérales ; ce commémoratif rend bien compte du fait exceptionnel que nous rapportons et qui nous a semblé digne d'être consigné.

La pièce anatomique est conservée dans la petite collection pathologique que quelques médecins de Lariboisière sont en train de former.

M. CHASSAIGNAC. A. Cooper a publié sous le titre de luxation de l'humérus en bas un cas de luxation sous-glénoïdienne, immédiatement suivie d'autopsie. La tête humérale reposait sur le bord axillaire du scapulum, entre ce bord et les côtes, et son centre était environ un pouce et demi au-dessous de celui de la cavité glénoïde. Le ligament capsulaire était déchiré dans toute la hauteur du bord interne de la cavité glénoïde ; la déchirure aurait pu admettre un corps beaucoup plus volumineux que la tête de l'humérus (obs. 99°, p. 80). Je ne donne que les détails principaux, ce fait est des plus importants, parce que la luxation était toute récente, lorsque l'autopsie fut pratiquée. C'est le seul cas d'autopsie d'un cas récent que je connaisse.

M. LARREY. Dans une thèse souvenue par M. Denglehem, d'après Sédillot, se trouve un exposé complet de la question des luxations anciennes. Ce travail a été publié trois années avant la traduction de A. Cooper.

Polypes naso-pharyngiens.

M. VERNEUIL a opéré le malade dont il a parlé dans la dernière séance. Il s'est servi de l'écraseur linéaire, tout a été simple et facile. Il montre la pièce anatomique à la Société. L'observation sera complétée et publiée ultérieurement.

Luxation congénitale du cristallin.

M. DESPRÉS. M. Follin, à l'occasion du malade qu'il a présenté dans la dernière séance, a fait justement remarquer que les luxations congénitales du cristallin étaient très-rares. La riche collection du bulletin de la Société de chirurgie, cependant, renferme un exemple de luxation congénitale du cristallin qui a été présenté ici par M. Wecker. Les deux cristallins étaient luxés en haut ; il y avait de la diplopie et le malade voyait avec le n° 7 des verres convexes. M. Wecker a fait le déplacement pupillaire par le procédé de Critchett.

Je cite ce fait surtout pour constater qu'il n'y avait pas d'astigmatisme, pas plus que chez le malade de M. Follin, chez lequel M. Perrin avait supposé qu'il devait en exister.

M. FOLLIN. Ainsi que je l'ai dit dans la note consignée au dernier procès-verbal, le malade que j'ai présenté n'a pas d'astigmatisme. Je me suis assuré qu'il pouvait lire avec le trois et demi bi-convexe et voir de loin avec le cinq et demi. Je crois qu'on pourra lui construire des lunettes avec de simples verres convexes.

M. TRÉLAT. Les doutes que j'avais exprimés sur la possibilité d'un astigmatisme chez le malade de M. Follin se trouvent confirmés. Donders a signalé dans son ouvrage un cas d'obliquité du cristallin, qui s'accompagnait d'astigmatisme, mais il n'y a entre ce cas et celui dont nous parlons qu'une analogie fort éloignée.

M. PERRIN. Les doutes que j'avais soumis à M. Follin, relativement à la sensibilité rétinienne de son malade et à la possibilité d'un astigmatisme, tombent devant les résultats de son étude. Mais il n'en est pas moins vrai, que ce malade offrait des conditions qui peuvent produire l'astigmatisme. Souvent, il faut chercher dans le cristallin la cause de certains astigmatismes. C'est un fait bien démontré par les travaux de Donders.

M. DESORMEAUX. Le malade présenté par M. Follin m'a été confié alors qu'il était enfant; il avait douze ans. Je qualifierai d'ectopie cristallinienne et non de luxation le déplacement congénital des lentilles. Rien n'avait encore été fait pour remédier aux singuliers troubles de la vision présentés par ce malade. A la fois très-hypermétrope et très-myope, il ne pouvait distinguer les objets à la distance ordinaire. Il avait au contraire, surtout pour les objets éloignés, une très-grande acuité de vision. Après l'avoir bien examiné, j'arrivai à cette conviction, qu'il était très-hypermétrope quand il regardait à côté du cristallin, très-myope, quand les rayons lumineux traversaient la portion de lentille qui occupe le champ pupillaire. J'essayai les verres simples, il n'y voyait que momentanément. C'est alors que, d'après le conseil de Léon Foucault, je lui fis construire une lunette de Galilée. Dès lors il put commencer son éducation jusqu'alors négligée et la vision s'améliora. C'est du moins ce que j'avais entendu dire, et les résultats de l'examen fait par notre collègue confirmèrent ce dire.

M. LARREY s'est assuré, par l'obligeante entremise de M. Meyer, élève de M. de Graefe, que le savant professeur de Berlin avait publié, dans les archives d'ophtalmologie, de 1855 à 1859, différentes notes et observations sur les luxations traumatiques ou spontanées du cristallin. M. de Graefe a surtout dirigé ses recherches vers les phé-

nomènes optiques de ces anomalies, il a étudié leur étiologie, constaté l'influence de l'hérédité, dans des cas à part, et indiqué les moyens les plus rationnels de corriger ce déplacement accidentel du cristallin par un déplacement artificiel de la pupille.

M. GIRALDÈS. Je mets sous les yeux de la Société une observation de luxation congénitale héréditaire du cristallin. Elle est consignée comme vous le voyez dans l'*ophthalmic hospital reports*, 1857-59.

COMMUNICATION.

M. DE SÉRÉ lit une note sur l'action de son *Couteau galvano-caustique*. Commissaires : MM. Larrey, Broca, Tillaux.

DISCUSSION.

Traitement des polypes naso-pharyngiens.

M. LE PRÉSIDENT après avoir constaté qu'aucun membre ne demandait la parole, prononce la clôture de la discussion.

Traitement des ophthalmies purulentes.

M. MARJOLIN. La communication faite dans une des dernières séances, par M. Serres (d'Alais), sur le traitement de l'ophthalmie purulente, devait nécessairement soulever de nouveau une discussion au sein de la Société de chirurgie. Ce n'est pas que cette maladie ne soit pas bien connue, mais des opinions si opposées sont professées soit sur les causes, le mode de contagion, la gravité et le traitement de cette affection, qu'il serait bien à désirer de voir cesser toutes ces dissidences, et que l'on sût à quoi s'en tenir sur les avantages et les inconvénients des méthodes de traitement les plus préconisées, et qu'enfin l'autorité administrative, suffisamment instruite, prit des mesures pour faire cesser les causes qui peuvent propager ou aggraver cette maladie.

Bien qu'à l'hôpital Sainte-Eugénie nous ne soyons pas aussi à même que dans quelques hôpitaux, de pouvoir observer l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, nous en voyons encore un assez grand nombre à la consultation, pour être à même de constater qu'il existe de grandes différences suivant l'âge et la constitution des enfants, le milieu dans lequel ils vivent et l'époque de la maladie à laquelle ils sont amenés. Il existe aussi de notables différences suivant que les cas sont isolés ou que la maladie revêt un caractère épidémique, suivant qu'elle est franchement purulente ou compliquée de diphthérie.

Pour ce qui est de la cause la plus habituelle, je dirai, que malgré des recherches suivies, il me serait impossible de pouvoir en assigner une bien précise à cette affection ; j'ai seulement constaté qu'un assez

bon nombre d'enfants atteints d'ophthalmie étaient nés dans les hôpitaux où ils l'avaient contractée et que chez les autres, la cause de la maladie était toujours le manque de soins de propreté.

Dans un âge plus avancé, la contagion joue le principal rôle; presque toujours nous voyons la maladie ayant sa source soit au dépôt, dans des crèches, dans des asiles, ou même dans nos salles d'hôpitaux. Peut-il en être autrement, lorsque vous saurez qu'à Sainte-Eugénie, hôpital uniquement destiné aux enfants, il n'y a pas une salle pour isoler les malades atteints d'affections contagieuses, il s'en suit que par moments nous avons de véritables épidémies. Et lorsque nous demandons l'isolement pour des maladies contagieuses, c'est un isolement réel et non un isolement fictif comme à Beaujon, où les chambres affectées à cette destination sont sur le même carré que les grandes salles et laissent ainsi aux malades toute facilité de communiquer entre eux. Dès l'instant que l'observation démontre que passé un certain âge, l'ophthalmie purulente est presque toujours due à la contagion, et qu'elle se manifeste surtout dans les établissements où l'on réunit un grand nombre d'enfants pauvres, il serait bien désirable que des mesures sérieuses fussent prises pour prévenir son développement.

Je sais bien que quelques auteurs et Lawrence lui-même ont mis en doute la contagion de l'ophthalmie purulente, mais malgré tout le respect dû à l'éminent chirurgien de Londres, je crois que cette opinion ne peut être partagée, et les faits observés en Angleterre en 1804 par Sir Patrick-Mac Gregor à l'asile militaire de Chelsea, suffiraient pour la renverser.

Pour nous, nous n'avons que trop été à même de constater ces tristes résultats de la contagion, soit dans les familles, soit à l'hôpital, et plus d'une fois nous avons vu les personnes qui soignaient les enfants être victimes de leur dévouement. Non-seulement l'ophthalmie purulente est contagieuse, mais elle l'est à toutes ses périodes, et un enfant qui n'a plus que des granulations peut encore communiquer la maladie avec toute son intensité, c'est ce dont nous avons été témoins plusieurs fois.

Pour ce qui est de la fréquence, on peut affirmer, sans se tromper, qu'elle est beaucoup plus commune chez les enfants de la classe pauvre, car si on excepte les cas d'ophthalmie des nouveau-nés, il est bien rare que dans la classe aisée on ait occasion de l'observer.

Je ne dirai que peu de chose de la marche et des symptômes de cette affection qui sont bien connus; rarement, d'ailleurs, nous la voyons au début; le plus habituellement elle date de quelques jours et plus. Je ferai seulement remarquer que, chez les enfants, l'ectro-

pion, et surtout le chémosis oculaire, sont beaucoup plus rares qu'on ne le dit généralement, et que chez l'adulte, au contraire, cette dernière lésion est presque constante.

L'ophtalmie purulente ne conserve pas toujours les caractères d'une inflammation franchement aiguë ; quelquefois elle se complique de la production de fausses membranes, ayant l'aspect de celles du croup. Cette complication, heureusement assez rare, est d'autant plus fâcheuse, que la diphthérie peut se généraliser et entraîner, non-seulement la paralysie, mais la mort. Je l'ai vue précéder ou suivre le croup, et une fois coïncider avec une petite épidémie de croup développée dans nos salles.

A cette occasion je ferai remarquer que, bien que la diphthérie soit essentiellement contagieuse, elle ne se transmet pas toujours avec l'ophtalmie et qu'elle se développe spontanément chez les individus qui ont soigné les yeux des enfants exempts de cette complication.

Bien qu'au début même d'une ophtalmie purulente simple on ne puisse répondre de triompher de tous les accidents qui peuvent compromettre la vue ou l'existence du malade, le pronostic de cette affection n'est habituellement pas grave, et il le devient lorsque les enfants sont chétifs, élevés dans de mauvaises conditions hygiéniques, ou qu'ils manquent de soins réguliers. Or, par soins réguliers, nous entendons des soins de tous les jours, surveillés par le médecin, et non une visite qui n'aura lieu que, périodiquement, tous les huit jours, comme cela a lieu encore dans quelques bureaux de charité. Mais si le pronostic est grave dans ces circonstances, il ne faudrait pourtant pas, pour se faire une idée juste de la terminaison de la maladie, se fonder sur les chiffres de la statistique officielle des hôpitaux, la mortalité excessive qui y est indiquée devant être nécessairement attribuée à d'autres causes.

Le relevé statistique qui m'a été communiqué pour les années 61, 62, 63, comprend, pour les hôpitaux d'enfants, trois catégories : les ophtalmies simples, purulentes, ou sans aucune détermination de nature.

Pour les enfants assistés, il n'est fait mention dans ces trois années d'aucune ophtalmie simple, et on ne trouve d'ophtalmie purulente qu'en 1864 ; sur les seize enfants atteints il y a seize morts. En 1861 et 1863 l'ophtalmie purulente ne figurant plus dans le relevé de cet établissement, il ne faudrait pas croire qu'elle avait disparu, ce n'est pas probable ; on a tout confondu dans le chiffre des ophtalmies de nature indéterminée. Faut-il maintenant attribuer aux ophtalmies la mortalité dont nous allons voir le chiffre ? évidemment non ; on aura oublié de tenir compte des affections intercurrentes.

Voici le chiffre de la mortalité pour ces trois années : en 1861, sur 495 malades, 75 décès; en 1862, sur 459 malades, 53 décès; et en 1863, sur 405 malades, 55 décès. Total 183 décès sur 459 malades.

Bien certainement, cette mortalité considérable n'est pas la suite des ophthalmies seules, mais plutôt des conditions dans lesquelles la plupart de ces enfants se trouvent au moment de leur admission. Billard avait signalé dans son *Traité des maladies des enfants nouveau-nés*, l'opacité et le ramollissement de la cornée comme n'étant pas toujours le résultat de l'ophthalmie purulente, mais comme étant parfois la conséquence d'affections gastro-intestinales prolongées qui avaient réduit les enfants au marasme. Il serait donc bien à souhaiter que ceux de nos collègues qui ont fait le service aux Enfants assistés voulussent bien nous éclairer sur la véritable cause de la mortalité; de cette manière, on pourrait rectifier les inexactitudes de la statistique.

Comme il était intéressant de comparer ensuite le chiffre de la mortalité chez des enfants plus âgés, j'ai consulté d'abord le relevé de l'hôpital des Enfants. Dans ces trois années, sur 86 ophthalmies purulentes, il y a eu 40 décès, et sur 67 ophthalmies indéterminées, 6 décès.

Évidemment ce chiffre de 46 morts sur 453 malades est encore trop élevé pour être admissible. Là encore on n'aura tenu aucun compte des maladies intermittentes, et j'en ai eu la preuve en comparant mes notes avec le chiffre des hôpitaux.

La statistique officielle, pour l'hôpital Sainte-Eugénie, donne, pour ces trois années, 8 décès sur 49 ophthalmies purulentes, et 4 décès sur 54 ophthalmies simples ou indéterminées; total, 9 décès sur 400 malades. Or, voici ce que j'ai trouvé dans mes notes : sur 84 ophthalmies purulentes, il y a eu 7 morts, toutes résultant d'affections étrangères aux maladies des yeux.

Désirant ensuite me rendre compte de la fréquence de l'ophthalmie purulente suivant les années, j'ai vu, en compulsant mes notes pour les années 1864 et 1865, que la moyenne variait. Ainsi en 1864, il y avait eu 53 ophthalmies purulentes, sur lesquelles 7 morts; et en 1865, seulement 44, sur lesquelles 4 morts. En résumé, pour ces deux dernières années, 44 décès sur 97 malades, et constamment la mort causée par des maladies intercurrentes.

Si on est généralement d'accord sur la marche, le pronostic et la terminaison de l'ophthalmie purulente, il n'en est pas de même sur les moyens d'investigation et de traitement. Ainsi pour ce qui est de l'examen des yeux, jamais je n'ai eu recours à l'anesthésie, même dans les cas où la photophobie était très-prononcée. et je crois qu'en

agissant avec précaution, on peut, quand on en a eu l'habitude, arriver à écarter et à retourner les paupières avec les doigts seuls, assez pour que les injections et le collyre puissent agir efficacement. Depuis bien des années c'est la seule manière dont on procède à l'hôpital Sainte-Eugénie. Plus l'ophtalmie est intense plus on répète de fois les lotions et les injections, de manière à débarrasser la conjonctive du pus qui la baigne. Peut-être dans des cas très-simples et surtout au début, les lotions et les injections seules, suffiraient pour arrêter la maladie; mais je n'ai pas osé suivre cette méthode, et j'ai préféré employer en outre les collyres au nitrate d'argent en élevant la dose suivant le degré d'intensité de la maladie. Voici les doses des collyres que j'emploie journellement : 5 centigrammes de nitrate d'argent pour 30 grammes d'eau distillée, 40 centigrammes, 45 centigrammes, 50 centigrammes pour la même quantité d'eau, et enfin, lorsque l'ophtalmie est à son maximum d'intensité, parties égales de nitrate d'argent et d'eau, et j'ajouterai que jamais je ne cherche, même dans ce dernier cas, à décomposer le nitrate d'argent par l'instillation d'une solution de nitrate de soude. L'emploi de ce dernier collyre m'a paru préférable à la cautérisation directe avec le crayon de nitrate d'argent, surtout chez les enfants, et jusqu'à ce jour les résultats que j'ai obtenus ont été assez beaux pour m'engager à persévérer dans cette méthode.

Au premier abord il semblerait que cette manière de procéder s'écarte complètement de ce qui est généralement adopté; je ne le pense pas; car si on veut bien se souvenir que même chez les nouveau-nés, plusieurs de nos collègues emploient le nitrate d'argent à la dose de deux grammes et plus pour trente grammes d'eau, et qu'ils cautérisent même directement la conjonctive avec le nitrate d'argent; on verra qu'il n'y a pas une bien grande différence.

Ce qui est surtout important dans le traitement des ophtalmies purulentes, ce sont les soins minutieux et la persistance dans l'application des moyens curatifs. Personne parmi nous n'a la prétention de ramener la vue lorsque la cornée est opaque, ramollie et largement perforée; mais ce qui reste parfaitement établi, c'est qu'en prenant l'ophtalmie purulente à son début, on peut, par des moyens bien connus et d'une application facile, empêcher, dans l'immense majorité des cas, la perte plus ou moins complète de la vue.

Il est des cas dans lesquels les lotions et les injections suivies de l'instillation de collyre au nitrate d'argent m'ont paru insuffisantes, c'est lorsqu'il y a une tuméfaction considérable de la paupière supérieure; dans ces circonstances, je me suis bien trouvé de faire sur la peau de la paupière supérieure des scarifications suivant son dia-

mètre transversal ; quelquefois même j'ai dû y revenir plusieurs jours de suite, tant le gonflement était marqué. Par ce moyen, non-seulement j'ai obtenu un écoulement de sang qui a pu modérer, l'inflammation, mais je crois avoir diminué la pression douloureuse causée par l'excessive tension de la peau. Dans les cas assez rares où j'ai observé chez des enfants au-dessus de deux ans l'ectropion compliqué de chémosis palpébral, les scarifications ont porté sur la membrane muqueuse, et le renversement des paupières a cédé plus facilement. Quant au chémosis oculaire, il m'a paru rare chez les jeunes enfants, tandis qu'il est la règle presque constante chez les adultes qui ont contracté l'ophthalmie purulente. Dans ces derniers cas, je n'ai pas hésité à l'exciter légèrement, et ce moyen, joint à l'application de sangsues en permanence à la tempe et derrière l'oreille, m'a paru soulager beaucoup les malades, lorsque l'on employait conjointement les purgatifs et les applications sur le front de fomentations émollientes froides, avec addition de quelques gouttes de sulfate d'atropine.

Pour conclure, je dirai que l'ophthalmie purulente étant une affection contagieuse, qui peut avoir les conséquences les plus graves lorsqu'elle n'est pas traitée régulièrement dès le début, il faudrait que dans tous les établissements publics ou hospitaliers, où il y a un grand nombre d'enfants réunis, on prît des mesures pour que l'on empêchât le mal de se propager, et qu'on prévînt ses suites fâcheuses en surveillant mieux son traitement.

M. GIMALEDES réserve pour la prochaine séance l'étude du traitement de l'ophthalmie purulente ; il ne répondra aujourd'hui qu'à certains points du discours de M. Marjolin.

Les personnes chargées de faire les feuilles de statistique dans les hôpitaux sont seules coupables, si l'administration fournit des résultats erronés. Elle ne peut opérer que sur ce qu'on lui donne, et souvent les matériaux sont mauvais. C'est évidemment ce qui est arrivé pour l'ophthalmie purulente. On a indiqué comme étant morts d'ophthalmie des enfants qui ont succombé avec une ophthalmie, mais à autre chose.

Quant à l'hôpital des Enfants assistés, l'administration sait à quoi s'en tenir sur ses défauts. Une commission, dont je faisais partie, les lui a clairement montrés.

Je suis très-convaincu de la propagation par contagion de la diphthérie palpébrale. J'ai pu la suivre dans mon service de l'hôpital des Enfants malades où soixante lits sont réservés aux ophthalmies. J'ai même dû, à ce propos, demander l'année dernière, l'évacuation d'une de mes salles. Toujours j'ai vu la diphthérie reproduire la diphthérie. L'ophthalmie diphthéritique est d'ailleurs fort mal connue. Graefe et

Jacobson l'ont bien étudiée. On confond journellement avec la diphthérie les exsudats plastiques que l'on produit artificiellement. L'ophtalmie diphthéritique est caractérisée par l'apparition sur le fond rouge vermillon de la conjonctive malade d'un semis blanchâtre qui se propage, pénètre dans les interstices des papilles, dans les glandes palpébrales, envahit même la glande lacrymale, et change la paupière en un tissu tout particulier. Ces produits morbides ne peuvent s'enlever ni en essuyant ni en raclant, ils infiltrent la paupière.

L'ophtalmie purulente se complique quelquefois de diphthérie, mais cela est tout différent.

M. MARJOLIN. Je me garde bien de nier la contagion de l'ophtalmie diphthéritique. Je ne diffère d'avis avec M. Giraudeau que sur un point; je crois, en effet, que l'ophtalmie purulente peut donner naissance, chez un autre sujet, à l'ophtalmie diphthéritique et réciproquement.

M. LE FORT. M. de Graefe décrit une forme de diphthérie très-particulièrement grave, mais je ne crois pas que l'on puisse refuser le titre de diphthériques aux ophtalmies purulentes compliquées de fausses membranes.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Amputation sus-malléolaire.

M. LABORIE. La position que j'occupe à l'asile impérial de Vincennes me donne le double avantage de pouvoir étudier la pratique chirurgicale des hôpitaux et d'apprécier les suites éloignées des diverses opérations. C'est ainsi que j'ai pu, à l'aide d'un grand nombre de faits, juger comparativement la valeur des procédés d'amputations, et parmi elles, l'amputation sus-malléolaire a spécialement fixé mon attention. Si le résultat immédiat le plus précieux, c'est-à-dire la conservation de la vie des opérés, permet de placer cette opération bien au-dessus de l'amputation au lieu d'élection, il est malheureusement incontestable que les suites sont loin de donner d'aussi heureux résultats.

J'ai déjà eu l'honneur de soumettre à la Société un certain nombre d'observations qui justifient cette appréciation, et, lors de la communication que j'ai faite à ce sujet, plusieurs de nos collègues, et parmi eux M. Larrey, ont émis une opinion semblable.

Depuis, j'ai réuni un assez grand nombre d'observations, je les ai recueillies avec soin, en faisant reproduire les membres par le moulage, et je me propose d'en faire le sujet d'un travail. Sans entrer dans des détails que j'exposerai ultérieurement, je dirai en quelques mots seulement, pour ne pas abuser des moments de la Société, que

tous les opérés offrant la cicatrice à l'extrémité du moignon, présentent des accidents absolument identiques. Le membre mutilé ne peut servir à la sustentation. La cicatrice, tirillée incessamment, s'ulcère. Ces ulcérations douloureuses finissent par gagner les extrémités osseuses, et le plus souvent les malades découragés, dont la santé s'altère, réclament une nouvelle amputation.

Je n'ai trouvé d'exception à cette règle que chez les malades qui avaient subi l'amputation avec conservation d'un seul lambeau postérieur comprenant dans son épaisseur le tendon d'Achille.

On obtient par ce procédé un moignon dont la cicatrice est située sur la partie antérieure et inférieure de la jambe; et, le lambeau, fortifié par la présence du tendon qui lui donne une consistance presque osseuse, résiste facilement à la pression exercée par le poids du corps. Dès lors, le malade marche sur son moignon, il n'a pas besoin de chercher sur la jambe ou la cuisse un point d'appui, qu'il prend sur l'extrémité même du membre mutilé.

J'ai l'honneur de vous présenter un malade sur lequel j'ai pratiqué l'amputation par ce procédé.

Cet homme était entré dans mon service pour y être traité des suites d'un écrasement du pied. Des fistules intarissables, des douleurs continues menaçaient sa vie, et il réclamait l'amputation que je lui ai pratiquée. Le lambeau postérieur vient, comme vous le voyez, se fixer sur la partie antérieure de la jambe, au moins à 2 centimètres au-dessus de la section des os. Le tendon d'Achille, dont on peut apprécier la consistance, forme comme un véritable squelette dans ce lambeau. Jamais ce malade n'a souffert de la pression, exercée même avec violence à l'extrémité du moignon, et avant la cicatrisation complète, il marchait en s'appuyant sur cette extrémité.

L'opération a été faite il y a bientôt un an. La marche est facile, et le malade peut faire plusieurs lieues sans se servir de canne. L'appareil prothétique a été fait par M. Mathieu : c'est une simple bottine avec un remplissage représentant la longueur de la mutilation; deux tiges latérales en fer, que l'on fixe sur la jambe avec une jambièrre lacée empêchent la bottine de se renverser. Le résultat est donc aussi complètement satisfaisant que possible, et tout permet d'espérer qu'il se maintiendra.

Permettez-moi d'ajouter que l'examen des pièces m'a permis de constater la nécessité du parti que j'ai pris. Tous les os et toutes les jointures du pied étaient malades, et il y avait déjà du pus dans l'articulation tibio-tarsienne.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 21 FÉVRIER 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine ;

Le Bulletin général de thérapeutique ;

Le Bulletin de l'Académie impériale de médecine, t. XXX ;

La 1^{re} partie du 27^e volume des *Mémoires de l'Académie impériale de médecine*.

— M. Rizzoli, correspondant étranger, fait hommage à la Société de chirurgie d'un mémoire sur trois cas d'atrésie de l'anus, etc., opérés avec succès.

— M. Jules Cloquet fait hommage à la Société d'un volume manuscrit avec très-nombreux dessins, représentant et donnant la description des cas d'anatomie pathologique recueillis par notre éminent collègue, durant son prosectorat à la Faculté, avec Bécлар, pendant les années 1814-1815.

A propos de la correspondance :

— M. DÉSORMEAUX donne lecture d'une lettre de M. Wecker, relative à un cas de *luxation congénitale héréditaire du cristallin*.

— M. LARREY présente un cas assez rare de *calcul de l'amygdale*, qui lui a été adressé par M. Rizet, médecin-major au 2^e régiment du génie à Arras, et il en résume l'observation en quelques mots.

Un ancien boulanger, âgé de soixante-quatorze ans, d'une bonne constitution, sans diathèse calculeuse ou arthritique, avait éprouvé, pour la première fois depuis une quinzaine de jours seulement, de la gêne dans la déglutition, avec engorgement douloureux des ganglions sous-maxillaires. L'exploration de l'arrière-bouche fit constater dans l'amygdale gauche un corps étranger qui, au premier aspect, ressemblait à une fausse membrane, mais que la pression du doigt parvint à énucléer, comme un kyste. C'était une concrétion calculeuse, du volume d'un pois, pesant 3 décigrammes et mamelonnée à sa surface. L'analyse chimique n'en a pas été faite, pour lui conserver sa forme.

— M. L. LEFORT présente, au nom de M. Lejeal, chirurgien de l'hôpital de Valenciennes, une pièce anatomique recueillie sur un contrebandier tué d'un coup de feu par un douanier. Ce qu'il y a de remarquable dans ce cas, c'est que la balle, quoique entrée très-pro-

fondément dans le cerveau, comme l'ont montré les lésions anatomiques trouvées à l'autopsie, en était ressortie au moment de la chute du blessé.

Outre cette pièce, accompagnée de l'observation, M. Lejeal adresse à la Société une note sur un cas remarquable d'hérédité de doigts surnuméraires. (Commissaire unique, M. Le Fort.)

A propos du procès-verbal :

— M. DÉSORMEAUX fait remarquer qu'à propos de l'*ophtalmie diphthéritique* on a cité les travaux allemands, sans tenir compte de ceux faits en France. Il signale la thèse inaugurale de M. Wecker et un important chapitre du traité publié par cet ophtalmologiste.

M. GIRALDÈS répond que ces travaux ne sont que la reproduction de ceux de de Graefe.

M. DÉSORMEAUX signale cependant cette différence en faveur de M. Wecker, c'est que les cas d'ophtalmie purulente compliqués de fausses membranes et ceux de diphthérie maligne décrits par de Graefe sont soigneusement distingués.

DISCUSSION.

Traitement de l'ophtalmie purulente.

M. GIRALDÈS. Le diagnostic et le traitement de l'ophtalmie purulente sont aujourd'hui très-bien établis, et il me semble qu'il y a de graves inconvénients à laisser compliquer cette question par une série d'enjolivements thérapeutiques, qui, loin de la simplifier, la rendent complexe et peuvent avoir pour effet de jeter quelques doutes dans l'esprit des praticiens.

Mais pour bien s'entendre dans un sujet de ce genre, il est nécessaire de suivre le conseil donné par Condillac, de bien déterminer et de bien définir les termes à employer dans une discussion. Afin de mettre de l'ordre et d'analyser avec précision les faits touchant la question en litige, il est bon d'établir quelques divisions, de distinguer l'ophtalmie purulente en trois espèces, à savoir : 1° l'ophtalmie purulente des nouveau-nés ; 2° l'ophtalmie purulente des enfants ; 3° l'ophtalmie diphthéritique. Au sujet de cette dernière espèce, ce qui a été dit par quelques-uns de nos collègues, démontre de la manière la plus péremptoire la nécessité qu'il y a à établir cette distinction, à séparer l'ophtalmie diphthéritique de l'ophtalmie purulente.

Il y a en effet, entre l'une et l'autre de ces affections, une différence aussi tranchée que celle qui existe entre la maladie décrite en 1765 par le médecin écossais Francis Home, sous le nom de croup, et la

diphthérie observée et décrite par Bretonneau; vouloir donc englober sous le même chef l'ophthalmie purulente et l'ophthalmie diphthérique, c'est établir la plus déplorable confusion et s'exposer aux plus graves mécomptes.

L'ophthalmie purulente des enfants nouveau-nés doit être distinguée en deux variétés : celle qu'on observe généralement en ville, dans la classe aisée, et celle qu'on observe dans les hospices d'enfants trouvés et dans les maternités; celle-ci emprunte, au milieu où elle se développe, une certaine marche, une gravité; elle se complique en effet d'un facteur important avec lequel il faut compter : le milieu, la *malaria nosocomiale*.

Cette fâcheuse complication, non-seulement imprime à la maladie une gravité très-grande, mais encore elle ajoute à une cause puissante, à la mortalité si grande qu'on observe dans les hôpitaux d'enfants trouvés, dans tous les pays. C'est avec raison que notre collègue, M. Blot, a fait remarquer qu'il y avait une grande différence entre l'ophthalmie des enfants trouvés et celle de la ville.

L'ophthalmie purulente des nouveau-nés revêt deux formes bien distinctes qu'il importe de signaler : 1^o la forme légère ; 2^o la forme grave. Cette distinction est toute clinique et elle doit être maintenue, si l'on veut se rendre compte du mode et de l'efficacité du traitement employé. La forme légère s'observe le plus souvent en ville; elle se caractérise par un gonflement plus ou moins marqué de la paupière supérieure, par une rougeur assez vive de la conjonctive palpébrale, par une sécrétion crémeuse plus ou moins épaisse qui s'échappe des paupières par une légère pression. Cette sécrétion recouvre la cornée sans grand danger pour cette membrane.

Si on renverse les paupières et si l'on enlève avec un linge doux et fin la matière sécrétée, on voit peu de temps après qu'une nouvelle sécrétion transparente et comme gélatineuse s'étend sur la surface de la muqueuse; un filet d'eau, en coulant sur cette paupière, coagule la matière sécrétée et y forme comme une nouvelle membrane; dans cette forme, le globe oculaire est à peine injecté et l'on constate sans peine que tout le travail pathologique se passe dans la muqueuse palpébrale.

L'ophthalmie purulente à forme grave se manifeste par un gonflement œdémateux, quelquefois considérable, de la paupière supérieure, par une rougeur vive carminée de la conjonctive palpébrale et oculaire, par un chémosis considérable qui entoure et enchâsse la cornée; cette membrane semble perdue au fond de ce bourrelet muqueux. Une sécrétion liquide, floconneuse, irritante, quelquefois d'une teinte jaunâtre ou verdâtre s'écoule par les paupières.

Dans les deux formes d'ophtalmie, les lésions anatomiques sont différentes : dans la première, le globe oculaire n'est le siège d'aucune altération ; la choroïde est presque exsangue ; dans la seconde au contraire, on rencontre des altérations de nature à faire comprendre la marche et la gravité de la maladie ; la capsule cellulo-vasculaire qui entoure le bulbe oculaire est fortement congestionnée ; la choroïde est très-rouge, ses vaisseaux tendus et remplis de sang donnent à cette membrane l'aspect d'une muqueuse injectée ; les procès ciliaires, les veines iriennes, sont gorgés de sang ; les vaisseaux de la rétine sont également injectés ; la chambre antérieure de l'œil est remplie de liquide ; dans ces lésions tout décelle une forte congestion, un travail inflammatoire qui s'est propagé de l'extérieur à l'intérieur de l'organe ; et cette tension extra-oculaire aide à expliquer les dangers dont la cornée est menacée pendant la maladie.

Dans la forme légère de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés, la maladie peut durer quinze jours, un mois, sans grand danger pour la cornée ; dans la forme grave, au contraire, cette membrane est menacée de ruine complète, vingt-quatre ou quarante-huit heures après son début. Comme on le voit, il y a une différence radicale entre ces deux formes, et sur laquelle il faut bien insister, si on veut se rendre compte du résultat du traitement et des indications à établir. Dans la première forme, chez des enfants en bonne condition, presque tous les moyens réussissent : les soins de propreté, les collyres légèrement astringents, les plus anodins même sont bons, et ainsi que le faisait remarquer M. Follin, la guérison arrive quelquefois spontanément. C'est dans cette forme que le traitement préconisé par M. Depaul fait merveille : des collyres au nitrate d'argent à la dose de 5 centigrammes pour 30 ou 50 grammes d'eau donnent d'excellents résultats, résultats qui seraient encore meilleurs si, au lieu de suivre la pratique conseillée par le professeur de la clinique d'accouchement de la Faculté, d'instiller quelques gouttes du collyre entre les paupières, on avait le soin de renverser ces membranes et de toucher leur surface interne avec un pinceau imbibé de collyre. Dans cette forme d'ophtalmies, les collyres de sulfate de zinc, d'alun, de fer, d'acétate de plomb, etc., peuvent être employés avec succès, mais le moyen, le collyre par excellence est, sans contredit, l'azotate d'argent.

Dans la forme d'ophtalmie grave, la scène change complètement ; les moyens anodins, conseillés par M. Depaul, seraient ici le traitement le plus fâcheux et le plus dangereux. Ils ne modifient en rien l'état de la maladie, ils font perdre du temps, et il faut se rappeler que souvent au bout de vingt-quatre et quarante-huit heures les cornées sont perdues. Dans cette seconde espèce, il faut agir activement

et énergiquement. Avant tout, il faut renverser les paupières, nettoyer la conjonctive par des irrigations prolongées, débarrasser cette membrane de toute sécrétion morbide; cela fait, il faut toucher la face interne de la paupière supérieure avec un pinceau imbibé dans une solution de 4 ou 5 grammes d'azotate d'argent par 100 grammes d'eau, ou même avec le nitrate d'argent solide; neutraliser ensuite le collyre avec de l'eau salée, et répéter la cautérisation une seconde fois dans la journée; employer, autant de fois qu'il sera possible, dans le courant de la journée et de la nuit, des irrigations d'eau à la température de la chambre, ou encore des irrigations d'eau laudanisée ou légèrement chlorurée.

Dans les cas où la tension de l'œil est trop forte, que la cornée commence à perdre de sa transparence, il ne faut pas hésiter, il faut ponctionner la chambre antérieure et donner issue au liquide accumulé dans cette cavité.

L'ophthalmie purulente des enfants présente une série de degrés très-variable, qui peuvent réclamer un traitement plus ou moins énergique. Suivant que la phlogose se borne aux paupières ou qu'elle s'étend à la conjonctive oculaire, elle présente des caractères différents et bien connus.

Dans le premier cas où la paupière offre un volume, une tension œdémateuse très-grande, un liquide floconneux, et voulant s'échapper en abondance des fentes palpébrales, l'inflammation s'étend quelquefois à la glande lacrymale; ainsi que j'ai eu occasion de le constater, cette glande est enflammée et ses canaux remplis de pus. Le liquide sécrété, par sa nature irritante, agit sur l'épithélium de la cornée, la ramollit, et la pression du bourrelet muqueux de la paupière aidant, il se forme au centre de la cornée une ulcération circulaire étendue. Dans l'ophthalmie purulente des enfants, une intervention prompte est nécessaire pour arrêter le mal à ses débuts, et éviter surtout le sphacèle de la cornée; avant d'employer les moyens thérapeutiques, il est indispensable de s'assurer de l'état de cette membrane; pour cela, il est nécessaire d'ouvrir largement les paupières au moyen d'élévateurs, et dans le cas où cette petite opération serait difficile ou douloureuse, il ne faut pas hésiter à anesthésier les enfants avec le chloroforme. Il faut éviter d'instiller des collyres irritants entre les paupières, comme on le fait généralement, dans les cas surtout où la cornée est légèrement ramollie; ces collyres agissant directement sur le tissu de la cornée ont pour effet d'activer la destruction, le sphacèle de cette membrane. Afin d'agir d'une manière efficace, il faut retourner complètement la paupière supérieure, enlever par des irrigations toute la matière sécrétée, balayer avec le liquide

le cul-de-sac oculo-palpébral; cela fait, la paupière supérieure et le cul-de-sac conjonctival doivent être touchés, en effleurant la muqueuse avec le crayon d'azotate d'argent, ou encore avec une solution d'argent azotique très-concentré; neutraliser ensuite le caustique au moyen d'une solution d'eau salée. On doit avoir soin de ne point cauteriser trop profondément la conjonctive, dans la crainte de produire une escarre, qui, plus tard, laisserait sur la paupière un tissu inodulaire dont il faut empêcher la formation. Après la cautérisation, il faut employer, dans la journée, des irrigations aqueuses d'eau laudanisée, ou même avec une décoction de têtes de camomille; ces irrigations doivent être répétées sept, huit ou dix fois dans la journée. On doit favoriser leur action au moyen d'instillations d'un liquide atropiné: 5 centigrammes de sulfate d'atropine pour 200 grammes d'eau. Je rejette d'une manière générale les scarifications sur les paupières et autour des cornées, de même que l'application de sangsues ou de vésicatoires au pourtour des orbites, ainsi que l'emploi des cataplasmes; ces moyens me paraissent compliquer le traitement, et ne favoriser en rien l'amélioration de la maladie. Les scarifications sur les paupières, l'excision d'une portion de muqueuse palpébrale, laissent des cicatrices linéaires, qui, par leur action sur la cornée, favorisent plus tard le développement de kératites vasculaires difficiles à guérir. Dans les cas où le globe oculaire est très-tendu, que la chambre antérieure est remplie d'une trop grande quantité de liquide, il ne faut pas hésiter à la ponctionner, et donner issue à la matière qu'elle contient. Les cautérisations telles que je viens de les indiquer, aidées d'irrigations nombreuses et bien instituées, le mode de traitement enfin que je viens d'indiquer, donnent d'excellents résultats dans le traitement des ophthalmies purulentes des enfant.

Pour me résumer, je dirai :

1° Dans les ophthalmies purulentes des enfants, la première condition à remplir est de s'assurer de l'état de la cornée ;

2° Renverser la paupière supérieure et agir sur elle au moyen du nitrate d'argent ;

3° Employer des irrigations nombreuses entre les paupières ;

4° Chez des enfants s'abstenir d'applications de sangsues ou de faire des scarifications sur la muqueuse palpébrale ou oculaire.

M. MARJOLIN. Dussé-je encourir le reproche de n'avoir, dans cette discussion, fait autre chose que de rappeler des faits consignés depuis longtemps dans tous les traités de chirurgie, je ne croirai pas avoir fait quelque chose d'inutile, puisque l'exemple de chaque jour nous prouve que ces vérités sont trop souvent oubliées. Si en effet les précautions dont nous avons parlé, pour prévenir la contagion,

étaient bien prises, nous ne verrions pas l'ophthalmie purulente se développer aussi fréquemment soit dans nos hôpitaux, soit dans les autres établissements où sont réunis les enfants de la classe ouvrière. Et si enfin, au lieu de considérer cette affection comme légère et sans conséquences fâcheuses, on voulait bien s'en occuper sérieusement dès le début, tant d'enfants ne seraient pas exposés à perdre la vue.

Je ne veux pas revenir sur ce que j'ai dit du traitement que je suis depuis plus de dix ans à l'hôpital Sainte-Eugénie, sauf quelques variantes, il est le même que celui qui est adopté par la plupart de nos collègues; c'est celui que j'avais vu en pratique en 1844 à l'hôpital de Prague, c'est également celui qui a été institué à l'hôpital des Enfants trouvés par M. Chassaignac, et si les résultats ne m'en avaient pas paru satisfaisants, il y a longtemps que je l'aurais abandonné. J'ajoute seulement que si l'énergie du traitement est en raison de l'intensité de l'ophthalmie, il est toujours proportionné à l'âge et aux forces des malades. Il n'est pas étonnant que la discussion ait un peu dévié de son point de départ, et comme la maladie se transmet des enfants nouveau-nés aux enfants plus âgés et aux adultes, elle a dû nécessairement être étudiée non-seulement à ces divers âges, mais aussi dans ses diverses formes, c'est-à-dire lorsqu'elle est simple ou compliquée de diphthérie. Et à propos de cette dernière complication, sans vouloir rentrer de nouveau dans le débat, je me contenterai de dire, d'après ce que j'ai observé, que l'ophthalmie diphthéritique, qui est heureusement assez rare, me paraît être de la même nature que celle que l'on observe sur la membrane muqueuse des voies digestives ou respiratoires, et c'est ce qui rend son pronostic si grave.

M. L. LEFORT. Je ne crois pas, Messieurs, devoir m'arrêter plus longtemps ni revenir avec quelques détails sur la question agitée entre MM. Giralès et Marjolin, cette question pourrait presque se ramener à une discussion de mot ou mieux de dénomination. La maladie peinte par M. Giralès comme ophthalmie diphthéritique existe, celle appelée par M. Marjolin ophthalmie diphthéritique existe également : ce sont deux maladies différentes, auxquelles nos collègues ne pourraient sans confusion attacher la même appellation.

Dans notre langue scientifique française, l'adjectif diphthéritique caractérise l'existence de fausses membranes, conservons donc avec M. Marjolin le nom d'ophthalmie diphthéritique à la conjonctivite purulente pseudo-membraneuse; mais cherchons un autre mot pour caractériser l'ophthalmie appelée par de Graefe, et à son exemple par M. Giralès, ophthalmie diphthéritique, puisque dans cette maladie la fausse membrane n'est pas le fait caractéristique de l'altération, laquelle

consiste surtout en un dépôt fibrineux interstitiel, intra-muqueux ou sous-muqueux.

Cela dit, je reviens à la question soulevée au début de la discussion par M. Marjolin, celle de la contagiosité de l'ophthalmie purulente et ses moyens d'en prévenir la propagation et les ravages. Cette question peut en effet intéresser à des titres différents, d'abord au point de vue de la thérapeutique des cas particuliers se présentant dans la clientèle civile ou dans les hôpitaux généraux, mais ensuite au point de vue important pour beaucoup d'entre nous de son apparition et de son extension dans les salles des maternités ou des hospices d'enfants assistés ou malades.

Permettez-moi donc, Messieurs, à l'exemple de M. Marjolin, d'appuyer mon opinion sur les faits observés dans mon service hospitalier; ils vous montreront, je l'espère, quel rôle important joue la contagion dans la création des épidémies d'ophthalmie purulente.

Cette question était celle qui me préoccupait le plus à mon arrivée à l'hospice des Enfants assistés au 4^{er} janvier 1865, car la conjonctivite purulente était depuis longues années à l'état d'épidémie permanente dans cet établissement. Profondément convaincu que la plupart des épidémies nosocomiales tiennent à la contagion, persuadé que réduite aux cas spontanés l'ophthalmie serait beaucoup moins fréquente, j'ai cherché à supprimer autant que possible les chances de contagion.

Au 4^{er} janvier 1865 il y avait en traitement dans le service vingt-quatre malades dont quatorze étaient atteints d'ophthalmie purulente. Or la propagation de la maladie pouvant se faire : 1^o par la réunion dans les mêmes salles d'enfants sains (sous le rapport de l'ophthalmie) et d'enfants malades; 2^o par la contamination directe d'un malade sur un non-malade; 3^o par la contamination, par l'intermédiaire des objets de pansements et même du personnel médical y compris les médecins, j'ai pu exceptionnellement apporter à l'organisation du dernier quelques modifications concertées avec le directeur de l'hôpital.

Les ophtalmiques étaient mêlés aux autres malades, je les ai soigneusement isolés dans deux salles; l'une affectée aux enfants à la mamelle, l'autre aux enfants plus âgés. Toute communication entre cette partie du service et celle consacrée au traitement des maladies chirurgicales ordinaires a été interdite aussi complètement que possible.

Des infirmières ont été spécialement attachées au service des ophtalmies, une seconde religieuse m'a été accordée pour la direction de ces deux salles.

Les linges avec lesquels on essuie les yeux des enfants, les éponges avec lesquelles on les lave sont encore un moyen de transmission. Je demandai et j'obtins de suite que chaque enfant eût sa petite éponge, et une serviette attachée au chevet de son berceau.

Les médicaments eux-mêmes, ou du moins le mode d'application attira mon attention. La meilleure manière d'appliquer les collyres est de les porter sur la conjonctive au moyen d'un pinceau à aquarelle; mais si, après s'être servi d'un pinceau pour toucher la conjonctive d'un enfant gravement atteint, on le porte, même après l'avoir lavé, sur la conjonctive d'un enfant déjà en convalescence, on amène des recrudescences dont la cause échappe quelquefois. Pour y remédier, chaque enfant eut son pinceau et son flacon de collyre.

Le médecin est trop souvent lui-même le principal agent qui fait, d'une maladie contagieuse, une maladie épidémique. Lorsque, dans l'ophtalmie purulente par exemple, on écarte avec les doigts la paupière d'un malade, on risque fort de contaminer le malade suivant, si on renouvelle cette opération, innocente par elle-même, sans s'être lavé les doigts. Je me fis donc une loi de ne jamais passer d'un enfant à un autre sans me laver les doigts, ou du moins sans les nettoyer avec soin à une serviette mouillée, constamment tenue à ma portée. Je n'eus besoin que de demander à toutes les personnes du service l'observation des mêmes précautions, pour l'obtenir.

Il ne suffisait pas d'empêcher la transmission à l'intérieur de l'infirmerie, il fallait l'empêcher au dehors. Lorsque j'eus obtenu des nourrices, elles allèrent d'abord coucher dans le dortoir commun; il y avait danger de contamination pour les enfants des autres nourrices, j'obtins également un petit dortoir spécial pour les nourrices allaitant des ophthalmiques.

Dès mon arrivée dans le service il me fut facile de voir, en m'informant avec soin de la provenance de chaque nouveau malade, que bon nombre de cas s'étaient développés dans la maison même, en dehors de l'infirmerie, c'est-à-dire dans la crèche ou dans l'institution. En effet, sur 49 enfants atteints de conjonctivite purulente, entrés dans le service pendant le premier trimestre, 23 étaient devenus malades dans la maison. Il y avait évidemment quelque chose à faire. Après avoir pris l'avis du directeur, dans lequel je trouvais, je suis heureux de le dire, un collaborateur bienveillant et dévoué, je fis tous les samedis, pendant les mois de janvier et de février, et irrégulièrement plus tard, la visite de la crèche et de l'institution en compagnie de mon collègue M. Vidal. J'appelai sur le point de vue spécial de la contagion l'attention des religieuses, je les priai de m'envoyer de suite à l'infirmerie, et au moindre soupçon, tous les

enfants atteints à un degré quelconque de rougeur de la conjonctive. En même temps et vers le mois de février, l'administration prit spontanément une excellente mesure, ce fut d'envoyer à la campagne tous les enfants à la mamelle, placés en dépôt. C'était diminuer l'encombrement, les chances de contagion, et donner des nourrices à de pauvres petits êtres qui en manquaient. Grâce à toutes ces mesures, le nombre des cas développés dans la maison, après avoir été de 23 dans le premier trimestre, ne fut plus que de 44 dans le second, remonta à 15 dans le troisième, mais tomba à 3 dans le dernier trimestre.

Le nombre des malades en traitement suivit une décroissance constante : 44 enfants atteints d'ophthalmie purulente se trouvaient dans le service au 1^{er} janvier 1865 ; 49 furent traités pendant le premier trimestre, 39 dans le second, 20 pendant le troisième, 13 pendant le quatrième. Enfin au 31 décembre, l'hospice des Enfants assistés ne renfermait *aucun* enfant atteint d'ophthalmie purulente. Sur ce point, mon but était complètement atteint.

Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai déjà dit à propos de la fonte purulente de l'œil, excepté pour me ranger de l'avis de M. Giralès pour ce qui regarde l'ophthalmie des nouveau-nés.

Il est rare que dans ce cas on observe des perforations, la maladie est incomparablement moins grave que chez l'enfant de deux ans et au-dessus ; je n'ai pas vu un seul cas de perte de l'œil chez les tout petits enfants ; mais, quoi que j'aie pu faire, je n'ai pu empêcher ce triste résultat chez 7 malades. Quatre perdirent un œil, trois perdirent les deux yeux, total : dix cas de perte de l'œil. Mon prédécesseur M. Dolbeau ne paraît pas avoir été plus heureux, puisque je trouvai dans le service, au 1^{er} janvier 1865, restant de l'année précédente, trois enfants borgnes et quatre aveugles, total : onze yeux de perdus, et il est probable, pour ne pas dire certain, qu'il y en avait eu d'autres dans l'année.

L'ophthalmie purulente, a dit M. Marjolin, n'est pas par elle-même une cause de mort, et il a regretté la manière dont la statistique administrative avait été faite pour les enfants assistés en 1862, 1863 et 1864. Je prends part à ses regrets et je les partage ; il ne suffit point, en effet, de connaître le chiffre des décès d'enfants atteints d'ophthalmies purulentes. Ainsi pendant l'année 1865, sur 404 enfants atteints d'ophthalmie purulente, j'ai eu 55 décès, plus de la moitié ! Mais ces décès, ce n'est pas la conjonctivite qui les cause, et comme l'a dit M. Giralès, et quoique le mot soit terrible, c'est de faim que mouraient les enfants assistés, c'est de faim que beaucoup sont morts sous mes yeux en 1865, de faim ou d'autres complica-

uons que l'observation des règles, ou mieux les lois de l'hygiène hospitalière eussent pu empêcher. Ainsi, dans le premier trimestre de 1865, sur 25 décès survenus pendant le cours d'une ophthalmie purulente, 6 ont été causés par broncho-pneumonie, 2 par syphilis, 4 par tuberculisation pulmonaire, 16 par inanition.

Lorsque je pris le service au 4^{er} janvier 1865, il y avait dans les salles 44 enfants âgés de moins de quatre mois et.... pas une seule nourrice.

J'ai énergiquement réclamé, mais on m'opposait l'impossibilité de trouver des nourrices en nombre suffisant. J'en ai cherché moi-même et j'ai trouvé immédiatement dans les divers services d'accouchement de la Charité, de l'Hôtel-Dieu, etc., des filles-mères qui demandaient comme une faveur d'être reçues comme nourrices aux Enfants assistés. C'est à cette époque et vers la fin de février que l'administration prit spontanément la mesure d'envoyer à la campagne les nouveau-nés placés au dépôt, et cette mesure nous donna de suite un nombre de nourrices en rapport avec les besoins.

L'ophthalmie purulente présente, au point de vue du traitement, des conditions bien différentes suivant l'époque où l'on est appelé à la soigner. Au début, je suis partisan des cautérisations énergiques ; mais pour qu'elles soient efficaces il faut, comme l'a dit M. Giraudeau, que toute la conjonctive soit atteinte par la caustique. Je me suis servi des élévateurs souvent, parce que souvent, malgré l'avis de M. Marjolin, on ne peut autrement découvrir toute la conjonctive oculaire. J'ai employé le crayon de nitrate d'argent, parce qu'on limite mieux son action, mais en faisant immédiatement ou même simultanément couler sur l'œil un courant d'eau salée. Je suis peu partisan des collyres forts ; car ils attaquent la cornée qu'il faut respecter, aussi bien que la conjonctive qu'il faut cautériser.

Dans les ophthalmies déjà à la période d'état, je me suis bien trouvé d'un collyre composé de quelques gouttes de teinture d'iode, d'un alcoolat de glycérine dans une certaine quantité d'eau distillée ; collyre instillé dans l'œil toutes les demi-heures, ou mieux, appliqué avec le pinceau à aquarelle.

J'ai employé, comme je l'ai dit il y a quelques jours, et avec succès, dans l'ophthalmie purulente de l'enfant de deux ans et plus, un badigeonnage de la face tégumentaire de la paupière avec la teinture d'iode ou le collodion.

Quant aux scarifications, je les repousse énergiquement ; elles peuvent être bonnes, elles sont bonnes dans la conjonctivite aiguë, inflammatoire simple et non spécifique ; elles m'ont paru détestables dans l'ophthalmie purulente. Cautérisation énergique au début, faite sur

toute la conjonctive palpébrale; collyres astringents plutôt que caustiques, faibles plutôt que forts, répétées toutes les demi-heures dans les ophthalmies arrivées à la période d'état, tel est le mode de traitement qui m'a paru préférable à tous les autres.

M. DEPAUL. Cette discussion aura sans doute le sort commun à toutes les discussions. Nous garderons tous nos croyances et notre manière de faire; je demande à dire encore une fois pourquoi je tiens à la méthode de traitement que j'ai adoptée.

Elle ne s'applique qu'aux ophthalmies des nouveau-nés et non à celles des enfants, il faut que ceci reste bien entendu. M. Giralès ne peut supposer que je n'aie vu que des ophthalmies légères. Quand je parle d'ophthalmies purulentes guéries par le traitement simple que je préconise, il s'agit bien de cas où la paupière est tuméfiée, où la conjonctive boursoufflée et rouge sécrète un liquide purulent. Ce n'est pas une affection insignifiante, la perte de l'œil peut en être la triste conséquence. Eh bien, dans ces cas comme dans les cas légers, la méthode de M. Dubois réussit complètement. Je peux faire appel à tous ceux qui ont vu notre ancien maître, qui m'ont vu mettre en usage le traitement dont il s'agit. Je me crois donc autorisé à le croire efficace et à le recommander.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Tumeur fibro-plastique de la jambe.

M. LABORIE présente la pièce pathologique et remet l'observation suivante, recueillie par M. Dionis du Séjour, interne de son service :

L... (Emile) est âgé de vingt-trois ans. Il exerce la profession d'emballeur.

Il n'y a point eu dans sa famille de maladies héréditaires, et chez lui, malgré nos recherches, nous n'avons pu découvrir la trace d'aucune diathèse.

Jusqu'au mois de septembre dernier, ce jeune homme avait joui d'une santé excellente.

Dans le courant de ce mois, un matin, sans cause appréciable, il sentit en se levant, dans le genou et l'épaule droite, une douleur aiguë, il se rendit malgré cela à son atelier. Dans la journée la douleur d'épaule disparut. Mais celle du genou augmenta peu à peu et le soir elle était devenue assez forte pour déterminer un violent accès de fièvre. Pendant quatre jours, le malade resta avec sa douleur qu'exaspéraient les moindres mouvements; la fièvre ne l'avait plus quitté. Le genou avait grossi, sa forme primitive avait disparu. Il formait une

masse arrondie sans saillie ni méplats, chaude, tendue et où par des pressions convenables on sentait un flot de liquide.

L... entra à l'hôpital ; il y fut traité pour une hydarthrose du genou gauche.

On appliqua sur la partie malade des ventouses qui n'apportèrent aucun changement ; des vésicatoires ne firent rien non plus. On recourut alors aux frictions avec la teinture d'iode. Deux jours après la première, sans que du reste la tumeur diminuât, la douleur sembla céder.

Petit à petit elle continua à décroître. Au bout d'une semaine, pendant laquelle chaque jour le genou devenait moins sensible, les mouvements furent rendus possibles ; la marche put être reprise, mais en boitant, car il y avait une demi-flexion de la jambe sur la cuisse et l'extension ne pouvait être complète. Le malade quitta cependant l'hôpital, mais en conservant le genou à peu près aussi gros et toujours aussi chaud qu'à son entrée.

Pendant un séjour d'une semaine à la campagne, cet homme ne se ménagea point. Il marcha beaucoup, et la semaine écoulée, vint reprendre son service à Paris.

Une rechute ne se fit pas attendre. A son réveil, un matin, le malade constata que les douleurs avaient reparu ; en quelques heures elles avaient atteint leur maximum d'intensité ; la fièvre survint et L... rentra à l'hôpital dans l'état où il en était sorti.

L'usage de l'iode en frictions sur le genou, prolongé pendant six semaines, fit encore disparaître la douleur articulaire ; la fièvre céda ; mais les dimensions du genou, sa consistance, ne changèrent point et le malade quitta l'hôpital, non guéri, pour venir à l'asile impérial de Vincennes, dans le service de M. le docteur Laborie. Il y arriva le 8 décembre 1865.

Les trois premiers jours se passèrent bien. Cet homme se promena dans les jardins, en boitant, car la jambe était toujours demi-fléchie sur la cuisse.

Le quatrième jour, la douleur articulaire reparut plus violente que jamais, offrant un type continu, avec des exacerbations. Le poids des couvertures, un attouchement léger, le moindre mouvement, exaspéraient cette douleur au point de faire craindre une syncope. La fièvre s'empara du malade. M. Laborie jugea prudent de faire monter cet homme à l'infirmerie. Il vint y occuper un lit le 15 décembre 1865.

A ce moment le genou formait une tumeur grosse comme un œuf d'autruche, envahissant spécialement la partie antérieure et inférieure de la région, sans changement de couleur à la peau, chaude, tendue par places, souple et fluctuante dans d'autres. La jambe était ren-

versée sur le côté externe, dans une demi-flexion permanente; l'extension était presque impossible. La moindre excitation développait dans la tumeur un surcroît de douleurs; à l'approche de la nuit celles-ci redoublaient le plus souvent et leur exacerbation coïncidait avec le développement d'une fièvre qui ne quittait le malade que le matin.

On diagnostiqua une tumeur blanche avec altération du tibia.

Tous les moyens de traitement employés furent impuissants; les sangsues et les cataplasmes furent inutiles. Les onctions avec la pommade au nitrate d'argent parurent seules modifier l'élément douloureux de l'articulation; mais les modifications furent bornées à la diminution de ce symptôme seul, et M. Laborie ne put conserver aucun doute sur la marche ascendante de la maladie.

En effet, le genou continuait à grossir. Vers le milieu du mois de janvier, il était très-considérable déjà et la tumeur se dessinait d'une façon toute nouvelle.

Après être restée longtemps arrondie, elle parut vouloir se lobuler. En même temps sa consistance changeait notablement. Dure, résistante dans ses parties supérieures, elle devenait molle à sa partie inférieure. Il fut bientôt impossible de ne point reconnaître en cet endroit une vaste collection de liquide. Les douleurs se localisèrent au niveau de cette bosse fluctuante; les phénomènes généraux devinrent de plus en plus marqués; la fièvre redoubla et le malade commença à s'inquiéter.

Pendant une quinzaine, la persistance et l'intensité des symptômes généraux annoncèrent un travail d'accroissement dans la tumeur. Aux premiers jours de février elle avait atteint de grandes proportions. A cette époque on la trouvait nettement trilobée, la bosse fluctuante augmentait chaque jour; la douleur s'y localisait et devenait plus exquise.

La fluctuation, semblant indiquer qu'il n'y avait aucune communication entre le foyer fluctuant et la jointure, M. Laborie fit, au point le plus déclive, une ponction avec un bistouri aigu. Il sortit avec force une cuillerée de sérosité opaque jaunâtre et immédiatement après, un jet de sang d'apparence artérielle mais non saccadé. Le malade éprouvant un très-grand soulagement, on laissa couler une certaine quantité de ce sang. Pour l'arrêter, il suffit d'appliquer un morceau de diachylon sur la petite piqûre.

L'issue de ce sang fit songer à un fungus hématode de l'os. Du reste, quelle que fût la nature de la tumeur, l'amputation restait l'unique chance de salut du malade.

En effet, après la ponction, la tumeur fluctuante, qui s'était vidée

en partie, se remit à grossir avec rapidité. La reste de la tumeur articulaire continua à augmenter. Les douleurs devinrent intolérables et ne permirent plus le moindre repos ; la fièvre redoubla. L'appétit diminua et le jeune homme commença à maigrir.

Devant cet appareil toujours croissant de symptômes locaux et généraux, M. Laborie, sans attendre une altération plus prononcée de la santé générale, proposa au malade l'amputation de la cuisse, qui fut acceptée et fixée au 12 février.

Quelques heures avant l'opération, nous allâmes examiner une dernière fois le membre qu'on allait enlever. La cuisse était parfaitement saine ; le fémur, senti à travers les parties molles, avait son volume normal. Le genou formait une vaste tumeur, ayant les dimensions du corps du fœtus à terme. Mesurée comparativement avec le genou droit resté sain, cette tumeur présentait en trois points différents de son diamètre transversal les dimensions suivantes : à sa partie la plus élevée 33 centimètres ; en son milieu 43 ; en son point le plus décliné 61. Les mesures prises sur le genou droit en des points symétriques, donnèrent seulement 30, 32, 33 centimètres. L'axe de la tumeur, comme appendue à la partie antérieure du genou, était fortement déjeté de dedans en dehors ; quant à elle, elle était nettement trilobée. Il y avait deux lobes latéraux ; l'un interne plus petit, l'autre externe plus gros. Le troisième était antérieur et siégeait au-dessous de la place présumée de la rotule ; ce dernier lobe seul était fluctuant ; le reste de la tumeur était dur ; la pression n'exaspérait la douleur qu'au niveau du troisième lobe. Le reste de la jambe était sain.

L'opération fut pratiquée par M. Laborie. Deux grands lambeaux taillés en avant et en arrière du membre, à partir de la jonction du tiers supérieur avec la partie moyenne de la cuisse jusqu'à une longueur de 6 centimètres au-dessus de la tête inférieure du fémur, assurèrent à l'amputé un moignon épais et capable de supporter dans la suite le poids du corps. Les bords du lambeau furent réunis au moyen de neuf épingles et trois serres-fines. Le membre fut maintenu pendant quatre jours sous l'irrigation continue.

Au moment où nous écrivons cet article, dix jours révolus se sont écoulés depuis l'opération. Les lambeaux sont parfaitement réunis dans leur partie moyenne. Aux deux extrémités de leur interligne, il reste deux petites ouvertures par où s'écoule très-peu d'un liquide sanio-purulent de bonne nature. Malgré une légère hémorrhagie, qui va retarder nécessairement la cicatrisation, rien n'est changé aux chances de guérison. La santé générale reste bonne, l'appétit est excellent, la digestion facile, le sommeil réparateur. Le moral du malade ne laisse rien à désirer et tout fait espérer une heureuse issue.

Il nous reste maintenant à faire connaître les lésions qui ont nécessité l'amputation toujours si redoutable de la cuisse.

Le membre, préalablement injecté par l'artère poplitée, fut disséqué couche par couche. Au niveau de la tumeur, la peau n'était amincie nulle part. Elle était doublée d'une couche de graisse épaisse, infiltrée notamment à la partie externe d'une matière visqueuse qui la rendait fongueuse.

Nous arrivâmes ainsi à l'aponévrose ; sous-celle-ci, le genou se présentait avec l'aspect suivant : à sa partie antérieure était appendue une vaste tumeur ; la face postérieure conservait la forme cylindrique.

L'axe de la tumeur était oblique et celle-ci fortement déjetée en dehors. Il y avait deux grosses saillies latérales, solides, répondant aux faces externe et interne des condyles fémoraux et de la tête du tibia. En avant et assez bas au-dessous de la rotule qui ne formait plus de saillie, au-dessous même de l'attache du ligament rotulien, sur la crête du tibia, l'aponévrose soulevée laissait voir une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, très-fluctuante et recouverte d'une paroi très-mince sur laquelle on voyait la cicatrice mal formée du coup de bistouri. Par là, à la moindre pression, il sortait du sang parfaitement liquide.

La couche aponévrotique enlevée, on vit que toute l'articulation fémoro-tibiale était par-dessous les muscles envahie par une matière fibro-cartilagineuse, ne criant pas sous le couteau, facile à couper et à énucléer. Cette matière formait des masses situées :

1° En avant, entre le triceps, la rotule, le ligament rotulien et les faces antérieures du tibia et des condyles du fémur.

2° A la partie externe du genou entre les faces externes du condyle externe du fémur, la face externe de la tête du tibia et le biceps.

3° A la partie interne entre les faces internes du condyle fémoral interne, la face interne du tibia et le couturier.

Cette matière solide remplissait l'articulation dont elle avait fait complètement disparaître la graisse. Elle était formée d'une substance solide, blanche, ne criant pas sous le couteau, à trame serrée, brillante, se laissant couper, déchirer ou énucléer, mais point écraser.

Elle n'avait point adhéré aux ligaments bien qu'elle les englobât. L'on retrouva intacts les ménisques interarticulaires, les ligaments croisés, les ligaments interne et externe et le ligament rotulien de l'articulation fémoro-tibiale. Les cartilages d'encroûtement des condyles du fémur comme celui de la face horizontale de la tête du tibia étaient sains.

Dans l'article lui-même, cette masse n'adhérait pas non plus au fémur, ni même à la face horizontale de la tête du tibia. Mais la face

antérieure de cet os était envahie et pénétrée par cette production. En ce point, elle s'était identifiée à l'os lui-même qui, participant à l'état lardacé de cette matière, se laissait couper comme elle par copeaux.

En enlevant le plus possible de cette substance placée entre la face interne de la crête du tibia et le ligament rotulien, puis en pressant avec le doigt dans la direction du jambier antérieur, nous pénétrâmes dans une cavité creusée entre l'os et ce muscle et remplie de liquide. Elle répondait à la saillie signalée par nous à la partie antérieure du genou. D'autre part, nous ouvrimus crucialement le jambier antérieur à ce niveau, et cela nous donna accès dans une vaste cavité remplie de sang. Celui-ci écoulé, on vit sur l'os une masse lobulée, d'un blanc jaunâtre, fongueuse d'aspect, et cependant solide et présentant les caractères de celle observée dans l'article.

Elle paraissait implantée sur le tibia, qu'on sentait couvert de rugosités en cet endroit. En outre, la tête de l'os était creusée aux dépens du tissu spongieux d'une cavité à parois irrégulières formées par les trabécules du tissu spongieux.

D'où venait ce sang ? M. Laborie avait pensé, nous l'avons dit, à un fungus hématode, et c'est pour en avoir le cœur net que nous avons pratiqué l'injection des artères. Or celles-ci s'injectèrent jusqu'à l'extrémité du membre.

Très-vraisemblablement le sang provenait d'une des artères qui animait cette masse, artère qui avait subi une altération ulcéralive.

Il nous restait à examiner la partie postérieure de la région malade. Là le genou se continuait avec la jambe par un plan cylindrique non interrompu. Après avoir enlevé les jumeaux et le soléaire, nous découvrîmes, reposant sur la face postérieure du tibia, une tumeur qui était restée cachée sous les masses musculaires du mollet, et ne s'annonçait pas à l'extérieur. Cette tumeur bridée par le poplité était grosse comme un œuf de poule et de même nature que celles précédemment décrites.

Rien n'aura été passé sous silence dans la description des désordres observés, quand nous aurons mentionné que tous les os sans exception étaient malades et atteints d'ostéite. Déjà au moment de l'opération M. Laborie nous avait fait remarquer que l'action de la scie était entravée par une éburnation du fémur qui était le résultat d'une ostéite condensante.

Au contraire, tous les autres os, ceux de la jambe et ceux du pied, étaient atteints d'une ostéite raréfiante permettant d'en enlever des copeaux.

Mais à quelle nature de tumeur rapporter cette masse que nous

venons de décrire? On pouvait penser également au cancer, à l'enchondrôme ou bien à une tumeur fibro-plastique. Sans vouloir préjuger la question et en réservant le microscope, M. Laborie, se fondant sur l'étude des symptômes, la marche de la maladie lente d'abord puis si rapide, l'absence d'hérédité et d'infection ganglionnaire, la conservation de la santé générale, l'aspect de la tumeur, nous dit qu'il croyait volontiers à une tumeur fibro-plastique.

L'étude microscopique confiée à M. Charles Renault confirma le diagnostic de M. Laborie.

On examina des fragments de cette substance recueillis sur trois points différents.

Cette matière provenant de l'article lui-même montra de nombreux corps fusiformes pourvus d'un nucléole, et les cellules ovoïdes à noyaux types du tissu fibro-plastique. Ces deux sortes d'éléments étaient plongés au sein de fines granulations moléculaires.

Une portion de la masse solide implantée sur l'os dans la cavité remplie de sang donna, mais en moins grand nombre, les mêmes éléments, auxquels s'ajoutèrent des globules sanguins altérés, dont on devine la provenance.

Enfin, un troisième fragment détaché de la tumeur dans le point où elle avait pénétré l'os, montra que les éléments fibro-plastiques s'étaient glissés dans les canalicules de Havers, qu'ils avaient comblés après les avoir agrandis, et s'étaient substitués à la trame homogène qui réunit entre eux les différents systèmes de canaux.

Ces expériences microscopiques parurent concluantes; elles corroborèrent le diagnostic, et permirent à M. Laborie d'apporter à la Société de chirurgie cette observation à titre de contribution à l'histoire des tumeurs fibro-plastiques.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 28 FÉVRIER 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

Le *Journal de médecine de Bordeaux* ;

Le Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique ;

Le Bulletin des travaux de la Société impériale de médecine de Marseille ;

Le Bulletin des travaux de la Société médicale d'Amiens, pour les années 1863 et 1864 ;

Les Comptes rendus et Mémoires de la Société de biologie, année 1864.

— M. Clot-Bey, membre correspondant, adresse à la Société une brochure intitulée : *Quelques mots sur le choléra.*

— M. Letenneur, de Nantes, membre correspondant, adresse à la Société une brochure intitulée : *Observations de blépharoplastie.*

— M. le docteur Rondeau présente à la Société, pour le concours du prix Duval, sa thèse inaugurale : « Des affections oculaires réflexes et de l'ophtalmie sympathique. »

A propos du procès-verbal :

Ophthalmie purulente.

M. MARJOLIN. Puisque l'opinion de M. J. Gibert, de Genève, a été invoquée par M. Giraudeau, je demande, à mon tour, à citer textuellement plusieurs passages de son mémoire imprimé en septembre 1857 dans les Archives de médecine. M. le docteur Gibert a été un des internes les plus distingués de l'hôpital Sainte-Eugénie, et comme ses observations ont été recueillies avec beaucoup de soin, elles ont une véritable valeur. Suivant lui, et c'est aussi je crois un peu l'opinion du docteur de Graefe, la diphthérie de l'œil est une maladie générale au même titre que la diphthérie pharyngée ou laryngée. Les causes qui lui donnent naissance nous sont inconnues ; elle semble épidémique, et dans beaucoup de cas il a semblé que la contagion était certaine, depuis l'instant de l'apparition de la maladie jusqu'à la disparition de tout produit morbide ; cependant la matière sécrétée, transportée sur un œil sain, n'y reproduit pas nécessairement l'inflammation diphthérique, elle agirait avant tout comme un irritant local. Enfin, comme établissant une nouvelle preuve d'analogie entre la diphthérie de l'œil et la diphthérie proprement dite, M. Gibert cite de nouveau l'opinion de de Graefe, qui dit que chez les enfants nouveau-nés la diphthérie de l'œil est aussi rare que le croup, et qu'il ne l'a guère observée qu'à partir de la deuxième année jusqu'après huit ans. Que de plus, sur quarante enfants atteints de diphthérie de l'œil, trois étaient morts du croup, et que très-souvent il avait rencontré chez eux des plaques diphthériques aux ouvertures du nez, aux angles de la bouche ou sur la surface dénudée de vésicatoires.

En résumé tous ces faits viennent, je crois, à l'appui de propositions

que j'ai émises sur la nature de la diphthérie compliquant l'ophtalmie purulente.

DISCUSSION.

Traitement de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés.

M. BLOT. Déjà j'ai eu l'occasion de dire, dans cette discussion, qu'il était important de tenir compte du milieu dans lequel on avait observé, des conditions hygiéniques auxquelles était soumis l'enfant atteint d'ophtalmie purulente. Les dissidences qui se sont produites montrent que l'on n'a peut-être pas assez tenu compte des conditions que je viens de rappeler. Notre honorable collègue, M. Chassaignac, qui a observé aux Enfants assistés, a paru croire que ce n'est pas toujours à l'ophtalmie purulente qu'avaient été adressés les traitements divers dont on a préconisé les avantages. Sans doute, les ophtalmies sont moins graves dans nos services d'accouchement qu'aux Enfants assistés, mais l'affection est la même, le terrain seul diffère.

La majorité de nos collègues semble considérer comme une nécessité du traitement le renversement des paupières. Je crois, pour ma part, qu'il y a inconvénient à violenter les petits malades, pour arriver à pratiquer une manœuvre souvent fort difficile à exécuter. On croit obtenir ainsi une guérison plus sûre, on ne craint pas que les collyres forts puissent toucher la cornée, avec laquelle ils sont infailliblement en contact, lorsqu'on se contente d'écarter les paupières. J'ai, pour ma part, complètement renoncé à renverser les paupières; je lave l'œil avec soin, je mets dans son grand angle quelques gouttes de collyre et j'écarte légèrement les paupières. La guérison est tout aussi sûre.

Dans quelques circonstances, j'ai cependant employé des solutions fortes, 4 gramme ou 2 de nitrate d'argent sur 30 d'eau distillée. Jamais je n'ai vu la cornée souffrir du contact de ces collyres. Si elle devient un peu trouble au moment de l'application, ce trouble n'est que passager. La cornée peut s'ulcérer par le fait de l'ophtalmie; mais je n'ai jamais observé ces cicatrices de la conjonctive dont nous a parlé M. Giraudeau. Si cette opinion n'était celle d'un homme aussi compétent que notre honorable président, je serais disposé à douter de la possibilité d'un semblable accident. Le tissu cicatriciel ne se rencontre pas en effet sur les muqueuses. On voit tous les jours de larges ulcérations de la bouche se réparer; la cicatrice est lisse et sans trace d'induration.

Je crois, en résumé, que si l'on n'a eu en vue que l'ophtalmie des nouveau-nés, le pronostic et le traitement doivent être beaucoup

plus mitigés qu'on ne semble disposé à le faire; que les lavages, l'instillation d'un collyre faible, aidés d'une bonne hygiène, devront suffire dans la majorité des cas. Dans les rares circonstances où l'on peut être obligé de toucher directement la conjonctive, je préfère le pinceau trempé dans une solution forte, au crayon de nitrate d'argent qui, entre des mains non habiles, peut avoir des inconvénients.

M. CHASSAIGNAC. Mes paroles ont été mal interprétées par M. Blot; je ne me serais jamais permis de dire que nos honorables collègues qui ont donné les résultats de leur pratique n'avaient pas observé d'ophthalmie purulente. J'ai dit que cette affection était, en somme, assez rare, qu'elle était observée dans des conditions spéciales, et qu'il se pouvait que des hommes d'une grande expérience n'aient pas été à même de la rencontrer.

M. DOLBEAU. Messieurs, j'avais résolu de ne pas prendre la parole dans la discussion sur l'ophthalmie purulente, mais en lisant dans le bulletin le discours de M. Marjolin, je me vois forcé de donner à notre collègue les quelques renseignements qu'il a demandés aux chirurgiens qui ont fait le service des Enfants assistés. M. Marjolin a parlé des années 1861, 1862 et 1863. Je n'ai rien à dire pour les deux premières, mais en 1863, j'ai succédé à M. Depaul et je puis vous rendre compte des ophthalmies purulentes pendant cette période. Notre collègue n'a pas trouvé le chiffre des conjonctivites purulentes; toutes les ophthalmies ont été, suivant lui, englobées en une seule espèce; il n'a pas trouvé d'ophthalmies simples.

Voici, messieurs, la statistique pour 1863 :

Sur 170 malades admis à l'infirmerie, nous comptons 162 ophthalmies dont 2 seulement étaient simples, les autres étaient purulentes.

Quant à la mortalité, voici les chiffres :

Sur 162 ophthalmies on compte 94 morts et 74 guérisons.

Parmi les malades guéris, c'est-à-dire qui ont eu la vie sauve, nous comptons les enfants guéris de leur ophthalmie, même lorsqu'ils sont sortis dans un état de santé très-mauvais. Il y a encore les enfants qui sont emportés moribonds par les parents. Tous ces malades constituent une soustraction énorme au chiffre de la mortalité.

Sur 94 morts, 75 avaient moins de trois mois d'âge; 16 avaient de un à quatorze ans.

J'ai donné le chiffre de 74 guérisons qui se répartissent ainsi pour l'âge: 43 avaient moins de trois mois; 28 avaient de un à quatorze ans.

M. Marjolin demande à ses collègues la cause de la mortalité ré-

voltante qui règne à l'hospice des Enfants assistés. Cette cause, vous la savez : les enfants succombent faute de nourrices.

En voici la preuve : sur 43 guérisons, mentionnées plus haut, 24 avaient des nourrices. En 1863, sur 25 enfants atteints d'ophthalmie purulente et élevés avec des nourrices, 4 seulement ont succombé à des maladies accidentelles (bronchites, pneumonies.) En 1864, sur 44 enfants élevés par des nourrices, 43 sont guéris. Et cependant, sur 325 malades admis, 448 sont morts.

L'influence épidémique, la contagion et l'inoculation font sans cesse des victimes dans les infirmeries. Voici des chiffres : sur 468 enfants traités d'ophthalmie purulente, 430 étaient entrés malades à l'infirmerie, mais 38 avaient contracté la maladie faute de salles d'isolement. J'ajouterai que, dans les salles, il est très-fréquent de voir des récidives se produire, si l'enfant n'a pu être enlevé à temps, immédiatement après la guérison de ses yeux.

J'espère que ces renseignements suffiront à M. Marjolin. Il trouvera, du reste, à l'Administration les statistiques pour 1863 et 1864, et il lui sera facile de se convaincre que la confusion signalée par lui n'existe pas pour cette période de deux ans.

M. MARJOLIN. Je remercie M. Dolbeau des renseignements précis qu'il vient de nous fournir. La statistique des hôpitaux qui va être publiée ne comprend que les renseignements que j'ai donnés ici, j'ai même pu mettre sous les yeux de mes collègues les documents que m'a communiqués l'Administration. C'est rendre un véritable service à la science que de signaler de semblables lacunes, c'est en rectifiant des erreurs, c'est en éclairant des questions, telle que celle qui est actuellement en discussion, que notre Société prouve son utilité. La statistique officielle des hôpitaux peut être entachée d'erreur, ainsi que l'a dit M. Giraldès, par la faute de certains chefs de service. Mais dans l'espèce, les relevés administratifs paraissent être en faute, car ils ne sont d'accord ni avec les miens, ni avec ceux de M. Dolbeau.

M. TRÉLAT. Pour juger les méthodes de traitement, il est avant tout nécessaire de bien indiquer à quelle catégorie de cas on a eu affaire. Je n'ai, pour ma part, observé aucun cas de diphthérie, j'ai eu cependant des cas graves. C'est à propos de ceux-là qu'il faut bien s'entendre sur le traitement. Les cas légers guérissent sous l'influence des soins les plus simples. Pendant tout le mois de février, j'ai fait soumettre tous mes malades aux irrigations simples. Sur 30, 27 ont guéri sans autre médication, mais il a fallu pour les trois autres recourir aux cautérisations.

Dans les cas graves, il est facile de le constater maintenant, la pra-

tique de chacun de nous varie en somme très-peu. C'est au collyre au nitrate d'argent que chacun accorde la préférence, et c'est à un collyre rendu caustique par l'élévation du titre que nous avons recours. La pratique de M. Marjolin, qui est celui d'entre nous qui emploie les collyres les plus forts, prouve qu'ils ont peu de danger. Cependant je crois prudent de toujours neutraliser quand on emploie un collyre caustique, et c'est pour ma pratique une règle absolue.

L'action du crayon de nitrate d'argent sur la cornée est des plus dangereuses. L'année dernière encore j'en voyais à la Maternité un cas des plus manifestes. Après une cautérisation au crayon, faite en dehors de ma participation, la cornée blanchit et se mortifia. L'apparition brusque de l'opacité, sa forme, tout indiquait qu'elle était due au contact de la pointe du crayon. Il est vrai que dans un cas d'ophtalmie la cornée souffre dans sa nutrition, qu'elle est sinon malade, du moins très-disposée à le devenir. Aussi faut-il l'examiner de très-près, et pour cela je ne crains pas d'ouvrir les paupières avec les éleveurs. Je crois aussi qu'il est fort utile de les renverser, mais cela n'est pas une règle absolue ; je ne comprendrais pas qu'il fût dans l'esprit de personne de se prononcer à cet égard invariablement pour ou contre.

J'ai déjà indiqué approximativement les résultats de ma pratique à l'hôpital ; voici les chiffres exacts : en 1864-65 sur 2,342 enfants, 708 ont été soignées pour des ophtalmies ; 332 étaient sérieusement atteints, 272 ont guéri, 28 sont morts d'autres maladies avant guérison, 42 ont perdu un ou deux yeux, dont 7 en 1864 et 5 en 1865.

M. BLOT. Si j'ai autant blâmé le renversement des paupières, c'est que M. Giraldès en a fait une condition absolue de la guérison, j'ai reconnu que cela pouvait être quelquefois utile. M. Giraldès nous avait aussi fait craindre la destruction de la cornée si le collyre fort arrivait à son contact. J'ai cru devoir protester contre cette assertion en raison même de la très-légitime autorité de celui à qui elle appartenait. M. Trélat nous cite un cas de mortification due au contact du crayon ; mais s'il reconnaît aussi que la cornée est malade, on peut se demander si elle ne se serait pas ulcérée par le fait de la maladie, sans qu'il soit nécessaire d'accuser le traitement.

M. TRÉLAT. Je pourrais citer encore à M. Blot un cas des plus probants observé cette fois hors de l'hôpital. Mais je crois l'action nuisible du crayon trop bien démontrée en pareille circonstance pour insister plus longtemps.

M. CHASSAIGNAC. Dès le début de cette discussion, notre excellent maître, M. Velpeau, avait indiqué la voie dans laquelle elle devait s'engager pour être utile et pour ne pas devenir un vain conflit de

paroles et de formules dont la plupart sont plus bizarres les unes que les autres.

M. Velpeau demandait qu'on voulût bien préciser le siège anatomique des lésions et qu'on cessât de mélanger des maladies essentiellement distinctes en les désignant par les expressions vagues d'ophthalmie des nouveau-nés, d'ophthalmie scrofuleuse, d'ophthalmie catarrhale.

De son côté notre honorable collègue, M. Depaul, a protesté contre l'inconvénient de confondre dans une même discussion ce qui a trait à l'ophthalmie purulente chez les enfants en général, et ce qui appartient à l'ophthalmie des nouveau-nés.

Ophthalmie infantile et ophthalmie des nouveau-nés, ce n'est pas la même chose.

Faire une description et instituer une thérapeutique applicable à tout cela en même temps, c'est brouiller toutes les notions, rendre impossible une discussion fructueuse et reculer de trente ans en arrière. Que dirait-on d'un pathologiste qui, à l'époque où nous en sommes, ne distinguerait pas scrupuleusement les fausses membranes de l'angine diphthéritique des escarres de l'angine gangréneuse et des concrétions de l'angine pullacée?

C'est faute d'avoir suivi le sage conseil de M. Velpeau que certains auteurs, en dissertant sur l'ophthalmie des nouveau-nés, en parlent comme d'une maladie toujours identique à elle-même. Après avoir entrevu, sans trop se rendre compte de ce qu'ils avaient sous les yeux, quelques cas mal observés d'exsudations fibrineuses conjonctivales, ils se sont imaginé que tous les enfants nouveau-nés avaient, durant le cours de leurs ophthalmies, la propriété d'exsuder des produits fibrineux, c'est-à-dire pseudo-membraneux. Car pseudo-membranes sur les muqueuses et coagulum fibrineux, c'est exactement la même chose.

Pour apprécier avec exactitude ce qui se passe dans l'ophthalmie des nouveau-nés il ne faut pas croire qu'il suffit d'y regarder sans des précautions spéciales, et en se bornant aux modes habituels de l'examen des yeux. On doit écarter, avec des dilatateurs, les deux paupières et laver, par la projection abondante et continue d'une douche oculaire, les surfaces malades.

Il n'est pas un seul des 446 enfants dont nous avons recueilli les observations qui n'ait été soumis à ce genre d'examen.

Des inexactitudes non moins regrettables, et certainement involontaires, ont eu lieu au sujet des documents historiques relatifs à la nature et au traitement de l'ophthalmie des nouveau-nés.

Mes premières études et l'indication de la pseudo-membrane re-

montent à l'année 1828, où je fus chargé, comme interne, du service de la Maternité à l'Hôtel-Dieu de Nantes, et dès cette époque ces faits y étaient parfaitement connus des élèves de l'hôpital. C'est le 23 août 1847 que M. Velpeau communiqua à l'Institut le résultat de mes observations recueillies à l'hospice des Enfants trouvés.

Peu de temps après en 1847, M. le docteur Léon Rieux, aujourd'hui médecin très-distingué de Lyon, publia dans l'*Union médicale* deux mémoires qui ont précédé de plusieurs années le travail de Graefe de Berlin (*Deutsche Klinik*, 1853), et celui de MM. Testelin et Warlomont (*Gaz. hebdomadaire*, n° du 25 juillet 1856.) Depuis lors MM. Bednarz et Trœbelius, l'un au grand hôpital des Enfants trouvés de Vienne, l'autre à celui de Saint-Petersbourg, ont fait connaître les résultats obtenus dans leur service par l'emploi des douches oculaires.

Mais c'est à M. Alfred Fournier, médecin des hôpitaux et professeur agrégé, que nous devons l'un des travaux les plus remarquables qui aient été publiés sur ce sujet. (*Archives d'ophtalmologie* de Jamin, 1856.) M. Bricheveau, directeur du Bulletin de thérapeutique, a publié un mémoire plein d'intérêt sur les mêmes questions. Enfin de nombreux articles sur l'ophtalmie des nouveau-nés sont consignés par ordre de dates dans les publications suivantes : *Annales de thérapeutique et de toxicologie* de Rognetta, 1847, t. V, p. 220. — *Gazette des hôpitaux*, n° du 28 septembre 1847, du 2 août 1849, du 25 octobre 1854, du 23 décembre 1854, du 13 janvier 1855, du 3 mars 1855. — *Moniteur des hôpitaux*, n° du 16 novembre 1854. — *Presse médicale*, n° des 4 et 11 novembre 1854. — *Archives d'ophtalmologie* de Jamin, n° de novembre et décembre 1854, janvier et février 1855.

Le travail dont j'ai recueilli les matériaux à l'hospice des Enfants trouvés, et dont les résultats sont consignés dans mon traité *De la suppuration*, t. II, repose sur 446 observations. Il a pour premier résultat d'établir que l'ophtalmie des nouveau-nés, considérée dans son ensemble et en dehors des altérations profondes qui sont presque toujours consécutives, se rapporte à trois groupes distincts, la conjonctivite purulente avec fausses membranes, la conjonctivite purulente sans fausses membranes, la conjonctivite catarrhale ou muqueuse.

Il y a donc trois espèces de conjonctivites des nouveau-nés, bien distinctes les unes des autres, et si l'on veut connaître la proportion dans laquelle l'observation nous les présente, quand on les compare entre elles, les chiffres nous apprennent que sur 446 cas, accompagnés d'une description suffisante et de détails précis, on trouve 106 cas de conjonctivites pseudo-membraneuses, 216 de conjoncti-

vites purulentes, sans fausses membranes, et 76 cas de conjonctivites catarrhales. Que fût-il arrivé si on eût pris en bloc toutes ces observations si distinctes les unes des autres? Précisément ce qui est arrivé, à des auteurs qui se sont contentés du diagnostic insuffisant d'ophthalmie des nouveau-nés, sans désignation précise à laquelle ils avaient affaire dans chaque cas particulier. De là un vague, une incertitude, et le conflit le plus étrange dans les assertions des ophthalmologistes, les uns guérissant tous leurs malades sans exception, ou à très-peu d'exceptions près, par les moyens les plus variés et souvent les plus simples, donnant par là à entendre que l'affection n'a pas une gravité exceptionnelle, qu'elle n'a pour ainsi dire pas de gravité; les autres déployant une thérapeutique violente, implacable, et considérant dès lors l'affection comme étant de l'espèce la plus dangereuse.

On ne pouvait sortir d'une si déplorable confusion, qu'à la condition de distinguer avec précision, et dans chaque cas particulier, l'espèce à laquelle il devait être rapporté. Et le moyen d'établir un diagnostic rigoureux consistait à examiner avec soin toute la surface intérieure de la conjonctive, ce qui ne pouvait être fait qu'au moyen des dilateurs palpébraux, secondés dans leur action par l'emploi de lavages abondants.

Lorsque chez un enfant, atteint de conjonctivite purulente, et dont les paupières ont été préalablement écartées, on dirige un courant d'eau sur la conjonctive, le premier effet de la douche est de balayer les matières liquides purulentes ou mucoso-purulentes qui baignent la surface de la muqueuse. Ce lavage une fois accompli, si l'on continue l'action de la douche on s'aperçoit, au bout de quelques minutes, qu'il reste sur la conjonctive une toile fine transparente, dont la douche commence à détacher les bords. Prolongez encore l'action du courant d'eau, et la membrane, d'abord demi-transparente, devient opaque et d'autant plus épaisse que la douche est plus prolongée. Après dix ou douze minutes, on parvient ainsi, par la seule action de l'eau, à détacher la pseudo-membrane.

Quelques objections, tout à fait dénuées de sens, ont été dirigées contre l'existence de la pseudo-membrane. On a dit d'abord qu'elle n'était autre chose que l'épithélium des muqueuses. Il faut ignorer complètement la composition de l'épithélium et ses caractères microscopiques, aujourd'hui parfaitement définis, pour faire une pareille confusion. On a parlé de membranes gélatineuses qu'on formerait de toutes pièces avec de l'eau et une espèce de gélatine conjonctivale. C'est là le résultat d'une singulière inattention ou d'une grossière illusion d'optique. Jusque-là, nous préférons nous en rap-

porter à ce qui nous a été appris par des observateurs sérieux et lou à fait dignes de foi.

M. Lebert a reconnu que les fausses membranes de la conjonctive purulente des nouveau-nés sont composées de fibrine coagulée sous forme striée et granuleuse, emprisonnant dans sa substance une multitude de globules de pus que la macération dans l'eau rend plus évidents et dont l'acide acétique fait bien voir les noyaux. On trouve en outre à la surface de la fausse membrane une couche de pus dans laquelle se voient les globules les mieux caractérisés, ayant la même forme, les mêmes dimensions, les mêmes noyaux que dans le pus de l'adulte.

L'exsudat citrin qui précède la formation de la pseudo-membrane, et qui en est l'élément générateur soumis à l'étude microscopique, est composé de rares filaments de fibrine, de la partie séreuse du sang et de quelques globules purulents.

Ces résultats constatés un grand nombre de fois et avec un redoublement d'attention par nous, par MM. Lebert, Schultz, Danielsen, Gruby, Coffin et Léon Rieux, sont définitivement acquis à la science et ne laissent place à aucune surprise, aucune équivoque, aucun doute.

L'existence de la pseudo-membrane, et pour plus de précision, la membrane fibrineuse exactement semblable aux pseudo-membranes diphthéritiques de la gorge et de la trachée dans le croup se trouve ainsi démontrée cliniquement et microscopiquement à la fois.

Nos résultats statistiques (Traité de la suppuration, t. 2, p. 77) établissent que dans les huit premiers jours qui suivent la naissance, il y a une prédisposition très-marquée au développement de l'ophtalmie pseudo-membraneuse, qui devient de plus en plus rare à partir du huitième jour de la naissance.

Un grand nombre d'auteurs parmi lesquels nous citerons Arne-mann, Tilmann, Schmidt et Walther considèrent les enfants faibles, délicats comme particulièrement prédisposés à contracter l'ophtalmie purulente. Les recherches statistiques que nous avons faites à cet égard, nous apprennent que le nombre des sujets robustes et bien constitués l'emporte sur celui des enfants chétifs, dans la proportion de 24 à 12.

Les résultats de notre expérience personnelle nous permettent d'affirmer de la manière la plus positive la nature contagieuse de l'ophtalmie diphthéritique des nouveau-nés.

Déjà nous avons acquis la certitude, que si l'on touchait avec le même crayon de sulfate de cuivre, quelque bien essuyé qu'il fût, les petits ophtalmiques d'abord, et ensuite ceux qui depuis longtemps

n'avaient plus d'ophthalmie purulente, ces derniers contractaient tous de nouveau cette affection.

Mais un fait des plus concluants, et indiquant avec une exactitude mathématique la durée d'incubation, à dater de l'introduction du contagium, se produisit sous nos yeux dans notre service et dissipa tous les doutes sur ce point. (Voy. p. 79, du traité de la suppuration, observations de M. Desages.)

La pseudo-membrane s'offre tantôt avec l'apparence d'une toile extrêmement fine, tout à fait transparente permettant de distinguer nettement l'état des organes qu'elle tapisse, tantôt sous l'aspect d'une membrane opaque, épaisse de plusieurs millimètres, blanchâtre, floconneuse, exactement semblable à la production morbide caractéristique du croup et de l'angine couenneuse.

Le temps nécessaire pour la période d'incubation de la conjonctivité purulente des nouveau-nés n'est pas rigoureusement déterminé. Dans un cas où il nous a été donné de constater le moment précis de la pénétration du contagium sur la conjonctive : il a été de trente-six heures. Tous les auteurs s'accordent à placer vers le deuxième ou le troisième jour la manifestation des premiers accidents chez les nouveau-nés et nos relevés statistiques confirment pleinement cette donnée. Comme d'ailleurs, dans le plus grand nombre des cas, l'état des parties maternelles, autorise à penser que la maladie a été contractée par l'enfant au moment de la parturition, il est permis d'admettre que c'est en général trente-six ou quarante-huit heures au plus après l'application du contagium que les premiers symptômes se déclarent.

Le traitement par les douches oculaires est, après expérience comparative avec les autres moyens proposés, celui qui donne les résultats les plus rapides, les plus sûrs et les moins compromettants.

L'assentiment des auteurs est presque unanime sur l'utilité d'un lavage détersif de la muqueuse oculaire. Mais ce lavage, au degré où il peut être sérieusement efficace, ne peut être réalisé par les fomentations, les lotions extérieures et les injections à la seringue. Ce dernier mode offre même le danger d'une perforation directe de la cornée quand la cornée est ramollie et lorsqu'il survient un mouvement subit, ce à quoi il faut toujours s'attendre quand on agit sur un enfant.

La douche oculaire qui peut sans inconvénient prolonger pendant dix à douze minutes le lavage actif des surfaces malades, réalise complètement le *desideratum* du chirurgien.

Nous avons indiqué (traité de la suppuration, t. 2) les moyens d'en rendre l'exécution simple et facile.

M. VERNEUIL propose de faire un tirage à part de la discussion.

Il serait à désirer, dit-il, que l'administration des hôpitaux en prit connaissance.

La proposition de M. Verneuil n'étant pas appuyée, n'est pas mise aux voix.

La clôture de la discussion est prononcée par M. le président.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Polype naso-pharyngien opéré par la ligature.

M. BROCA. La tumeur que je mets sous les yeux de la Société présente quelques particularités anatomiques importantes. Son volume égale celui d'un œuf de pigeon; sa consistance est intermédiaire entre celle des polypes fibreux et des polypes muqueux; mais le microscope démontre nettement la structure fibreuse; c'est donc bien un polype fibreux; il est infiltré par une assez grande quantité de sérosité, ce qui lui donne cet aspect particulier.

Le malade est âgé de vingt ans; il a déjà été opéré une fois, il y a trois ou quatre ans, probablement par l'arrachement; il ne donne que des renseignements incomplets.

La récurrence paraît avoir eu lieu il y a un an environ. Le polype remplissait l'arrière-gorge, mais son pédicule paraissait pénétrer dans les fosses nasales. L'insertion se faisait dans tous les cas à la voûte des fosses nasales et très-près de la surface basilaire. L'opération dont je vais parler a d'ailleurs démontré que l'implantation était double.

J'ai eu recours à la ligature: je ne viens pas la préconiser comme méthode générale, mais le cas m'a paru favorable, et je n'ai pu oublier l'avoir vu employer avec succès par Blandin dans deux cas. Dans l'un, la récurrence n'eut pas lieu pendant les deux ans où je pus observer le malade, et n'a probablement pas eu lieu depuis. Ce malade, infirmier à l'Hôtel-Dieu à l'époque où j'y étais interne, serait sans doute venu s'adresser à moi si pareil malheur lui était arrivé.

J'ai porté l'anse de fil à l'aide d'un instrument fort ingénieux que M. Mathieu m'a construit du jour au lendemain. Ce porte-anse est, comme vous le voyez, composé de deux tiges creuses, courbes à leur extrémité et montées sur un manche. Le fil y est maintenu à l'aide d'une tige centrale mobile, à l'aide de laquelle on peut fermer ou ouvrir à volonté le chas dans lequel la ligature est engagée. Ce qui rend l'usage de ce porte-anse fort commode, c'est qu'il peut être introduit fermé, et que le développement de l'anse ne s'effectue que lorsque l'on est arrivé au point où l'on désire la placer. Un mécanisme très-simple permet l'écartement des deux tiges creuses qui constituent l'instrument. Les fosses nasales de mon malade sont très-étroites; je

pus cependant attirer facilement, à l'aide d'une anse de fil préalablement introduite, les chefs de ma ligature. Mais je fus fort embarrassé quand il s'agit de placer le serre-nœud : tous étaient trop volumineux. M. Mathieu, présent à l'opération, imagina de tarauder l'extrémité de la curette articulée de Leroy d'Étiolles. Cela me servit admirablement de serre-nœud, et depuis M. Mathieu a construit, d'après ce modèle, un serre-nœud que voici : il a le grand avantage de pouvoir être introduit facilement dans les cavités les plus étroites, la portion coudée à travers laquelle on engage les fils pouvant n'être relevée que lorsque l'on va opérer la striction. J'ai dit que la tumeur avait un second pédicule ; le premier fut en effet coupé dès le second jour, mais la tumeur tenait encore et je dus l'arracher pour l'amener à l'extérieur, à travers la cavité buccale. Le malade a quitté l'hôpital dans l'état le plus satisfaisant, quelques jours seulement après l'opération.

Lipôme de la langue. — Ablation par la galvano-caustique.

M. FOLLIN présente à la Société une tumeur très-rare de la langue ; c'est un lipôme qu'il a enlevé ce matin par la galvano-caustique.

Le malade, qui avait cette tumeur était un vieillard entré à l'hôpital Cochin pour un phlegmon diffus et gangréneux du dos de la main droite, suite d'une piqûre. L'état de la main s'est promptement amélioré sous l'influence du repos et de topiques variés. On s'aperçut alors que cet homme parlait très-difficilement, comme quelqu'un qui parle avec des aliments dans la bouche. En recherchant la cause de cet obstacle à la parole, on trouve dans la bouche une tumeur du volume d'un œuf, insérée par un large pédicule sur la partie latérale gauche et un peu en arrière de la pointe de la langue. Cette tumeur n'a pas le même aspect à droite et à gauche. Au côté droit, on aperçoit une masse jaune, molle, lobulée, qui ressemble tout à fait à un lipôme ; au côté gauche, la surface de la tumeur est grisâtre, un peu dure, légèrement ulcérée sur une étendue de 4 centimètre au niveau de quelques dents aiguës de l'arcade dentaire supérieure gauche.

Cet homme, qui est très-peu intelligent, raconte que cette tumeur date de vingt-deux ans, qu'à son début et pendant six années, elle était accompagnée d'hémorrhagies, puis que cet écoulement sanguin arrêté, elle a grossi peu à peu jusqu'au volume d'un œuf. Cette masse nuit à la parole et à la mastication ; elle est, pour ce malade, un obstacle à une alimentation convenable ; enfin, elle commence à être le siège d'une ulcération qui peut avoir des conséquences fâcheuses. M. Follin se décide alors à enlever cette tumeur à la condition, vu le grand âge du malade, d'employer un procédé opératoire qui permette d'extirper le mal rapidement, sans grande douleur et sans hémorrha-

gie du côté des vaisseaux veineux surtout, qui pénètrent dans le pédicule de cette tumeur. La galvano-caustique, avec l'anse coupante, a d'abord paru satisfaisante et a véritablement satisfait à ce qu'on désirait obtenir dans ce cas.

Un fil de platine, de grosseur moyenne, a été jeté et serré modérément sur le pédicule de la tumeur, puis M. Follin a fait passer, à travers cette anse métallique, le courant de quatre éléments de la pile de Middeldorpf, tout en tournant le treuil qui resserre l'anse métallique. En moins d'une minute la tumeur a été coupée, sans douleur et presque sans écoulement de sang. Cette absence d'hémorrhagie s'explique bien en examinant la surface sèche et légèrement cautérisée de la tumeur, là où a passé l'anse galvano-caustique; à peine une petite cuillerée de sang est-elle sortie de la surface de section du côté de la langue.

L'examen de la pièce, mise sous les yeux de la Société, fait constater un lipôme dont les lobes sont dépassés par des cloisons fibreuses épaisses. Au point ulcéré, il y a une induration plus grande et un épaississement de la muqueuse, sans infiltration épithéliale. A la dissection de cette pièce, il est facile de voir qu'il s'agit d'un lipôme primitivement développé dans la langue, dont les fibres longitudinales accompagnent la tumeur dans un tiers de sa hauteur. Au delà, ce lipôme n'est plus recouvert que par la muqueuse. On peut supposer que cette masse grasseuse, primitivement développée dans la langue a, en grossissant, écarté les fibres longitudinales du côté gauche de l'organe, et s'est peu à peu pédiculisée en refoulant la muqueuse linguale au dehors.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 7 MARS 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

A propos du procès-verbal :

— M. DOLBEAU demande à M. Broca s'il ne serait pas d'avis de ne pas faire publier son observation sous le titre de : *Polype nasopharyngien*. Il croit que le polype était primitivement nasal.

— M. BROCA ne conteste pas la possibilité de cette interprétation;

cependant il ne saurait donner à ce polype une autre dénomination. La nature du tissu, l'implantation présentent bien quelques particularités, mais elles sont relatées dans l'observation.

— M. TRÉLAT rappelle à M. Broca qu'il a employé, il y a trois ans, un serre-nœud très-simple et d'un très-petit volume, pour serrer une ligature portée sur un polype du larynx. Il a présenté cet instrument à la Société, et pense qu'il eût bien rempli les indications, dans l'opération de M. Broca.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit les n^{os} de la semaine, de la *Gazette des Hôpitaux*, de l'*Union médicale*, de la *Gazette hebdomadaire*, le *Mouvement médical*, le *Bulletin médical du nord de la France*, le *Bulletin général de thérapeutique*, les *Archives générales de médecine*.

— M. le professeur Ch. Emmert de Berne fait hommage à la Société des trois premiers volumes de son *Traité des affections chirurgicales*.

— M. Broca offre à la Société son *Étude historique sur Celse*.

A propos de la correspondance :

— M. LARREY fait hommage à la Société des photographies en grandeur naturelle, des *perforations du crâne*, qu'il lui a dernièrement montrées.

PRÉSENTATION D'APPAREIL.

— M. BOUVIER présente un *nouvel appareil pour le traitement de la coxalgie*; et en donne la description suivante :

J'ai l'honneur de présenter à la Société, au nom de M. Charrière et au mien, un nouvel appareil pour la coxalgie.

A la suite de notre discussion de 1865 sur la coxalgie, j'ai été amené à étudier de nouveau la question des appareils à employer dans cette affection.

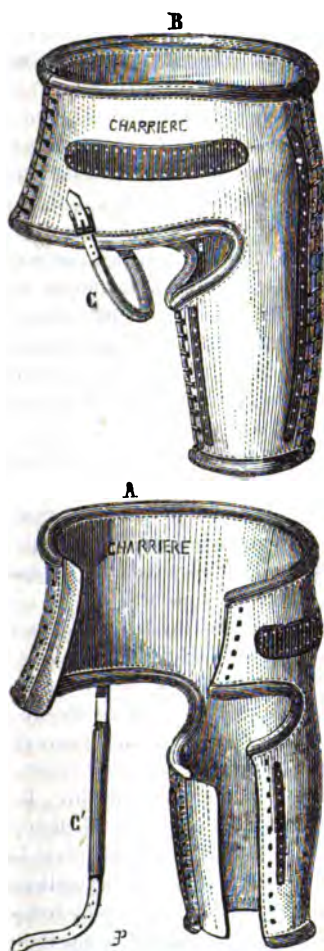
M. Verneuil a bien voulu appliquer sous mes yeux son appareil inamovible sur deux enfants que je lui ai présentés. Notre collègue m'a fait voir ce même appareil appliqué sur des adultes. M. Desormeaux m'a également rendu témoin, sur plusieurs malades, des effets de l'appareil de M. Verneuil, très-légèrement modifié.

Je me suis convaincu, par l'examen de ces faits, qu'à l'aide de cet appareil inamovible, on pouvait sans inconvénient, dans un certain nombre de cas, lever les malades et les faire marcher avec des béquilles plus tôt que je n'avais jusqu'alors l'habitude de le faire.

Mais M. Verneuil lui-même nous a rappelé, dans le temps, les défauts des appareils inamovibles, appliqués à la coxalgie, et de

son aveu, il n'avait pu, dans le sien, que pallier ces défauts (1).

C'est ce qui m'a conduit à construire avec M. Charrière fils, qui nous a été si malheureusement enlevé depuis, un appareil tel que celui que je place sous vos yeux.



Nous avons pris pour modèle le bandage inamovible de M. Verneuil,

(1) Voir le *Bulletin de la Société de chirurgie*, 2^e série, t. VI, p. 54 et 55.
2^e série. — TOME VII.

avec toute la différence que notre appareil s'arrête au-dessus du genou, dont il laisse les mouvements libres.

Parmi les matières dont, à diverses époques, on a fait des coques propres à remplacer les bandages inamovibles, soit dans les fractures, soit dans les affections articulaires, nous avons préféré le cuir moulé, renforcé par des bandes d'acier, déjà appliqué avec succès par M. Charrière au redressement de la région cervicale, et déjà employé, depuis plusieurs années, par M. Mathieu pour la coxalgie elle-même.

L'appareil se compose de deux valves, une antérieure et une postérieure qui, réunies de chaque côté par des lacures, embrassent exactement la circonférence de l'abdomen, du bassin et de la cuisse du côté malade. Tout l'intérieur et les bords de l'appareil sont convenablement matelassés. On retient la ceinture abdominale avec un sous-cuisse, quand elle tend à remonter du côté sain.

Cet appareil immobilise la hanche, maintient le membre dans l'attitude voulue, comme les bandages inamovibles. Il permet de même les mouvements généraux du corps. Il a sur ces bandages l'avantage précieux, suivant moi, de pouvoir être promptement enlevé et réappliqué, desserré et resserré totalement ou partiellement, suivant le besoin.

Je l'ai employé jusqu'à présent dans deux circonstances principales : 1° au début de la coxalgie, pour prévenir les douleurs et les déviations, et même pour les faire cesser quand elles sont encore peu considérables ; 2° après un redressement obtenu par d'autres moyens, pour continuer la contention de la hanche, lorsque la station debout ou assise ne rappelle plus les douleurs.

Je pense qu'on pourrait étendre les applications de cet appareil, en le perfectionnant et en le modifiant suivant les cas.

M. LE FORT. L'appareil de M. Bouvier ne me paraît applicable que lorsque déjà le redressement est obtenu. On ne peut cependant obtenir ce redressement du premier coup dans tous les cas. De là, la nécessité d'applications successives d'appareils inamovibles, qui s'adaptent à la nouvelle position du membre. Il faudrait pour remplir cette indication avec l'appareil de M. Bouvier, faire construire pour le même malade, plusieurs appareils, c'est là un grave inconvénient, car la fabrication est difficile et dispendieuse.

M. GUERSANT. Les indications que peut remplir cet appareil me paraissent très-définies. C'est au début, avant toute déformation, ou à la fin de la maladie, après redressement complet, qu'il me paraît utilisable. Il ne saurait convenir dans la période de déformation.

M. DEMARQUAY. Je préfère l'appareil dextriné ouaté pendant la période d'état de la maladie. Mais lorsque l'on arrive à la guérison,

alors que l'on a encore besoin d'un tuteur solide, qui permette cependant de faire lever ou marcher les malades, l'appareil de M. Bouvier est appelé à rendre de véritables services.

M. CHASSAIGNAC. Je ne doute pas que l'appareil de M. Bouvier ne puisse être appliqué dans certains cas. Mais je ne puis le comparer, comme valeur pratique, à l'appareil inamovible. Avec celui-ci on peut mouvoir le malade, même dans la période aiguë; on assure aussi l'immobilité d'une manière certaine. Avec l'appareil nouveau on ne peut intervenir utilement que plus tard, et encore faudrait-il des cas où l'immobilité absolue ne fût plus nécessaire; car un appareil qui ne prend pas le genou n'immobilise que fort incomplètement la hanche.

M. VERNEUIL. Je donne aussi la préférence aux appareils inamovibles. Partout, le chirurgien lui-même peut les construire, il suffit d'un peu de linge, de plâtre et de fil de fer. Pour fabriquer l'appareil de M. Bouvier, il faut au contraire des ouvriers habiles, il faut en outre le payer cher. Je crois que ce sont là des raisons qui s'opposent surtout à sa généralisation.

M. GIRALDÈS. J'ai eu l'occasion, à propos de la discussion sur la coxalgie, de parler de l'appareil de M. Hilton. En voici le dessin, il est semblable à celui de M. Bouvier.

M. BOUVIER. M. Guersant a bien précisé les indications que peut remplir l'appareil que je propose. Voici deux petits malades que je vous présente, l'un est au début, l'autre à la fin de sa coxalgie. M. Verneuil avait bien voulu appliquer chez celui-ci son appareil inamovible. Cette application avait été suivie des plus heureux effets, mais une maladie intercurrente survint et l'enfant fut laissé sans appareil. Les douleurs reparurent; j'appliquai mon appareil et j'obtins le même bénéfice qu'avec celui de M. Verneuil. L'enfant peut marcher sans souffrir. Il en est de même du second, chez lequel l'affection est récente.

Je tenais à vous montrer mon appareil en place; je vais maintenant essayer de répondre aux objections que vous avez bien voulu m'adresser.

Je n'ai pas la prétention de remplacer dans tous les cas les appareils inamovibles par le mien. J'ai précisé les indications auxquelles il répond. Mais je dirai qu'il est moins difficile qu'on ne le suppose de l'adapter au membre dans les différentes périodes du traitement. Il est facile de modifier le moule sans recommencer le moulage du membre, et l'on peut, sans tourmenter le malade, faire modifier son appareil ou en faire préparer un nouveau. Rien ne serait plus facile, non plus, que d'immobiliser le genou, il suffit de faire l'appareil plus long. On pourrait, il est aisé de le comprendre, immobiliser tout le corps. Je

n'ai pas eu besoin encore d'appareils plus longs que ceux que je vous présente, mais l'occasion d'en faire faire se présentera sans doute.

Cet appareil est d'un prix de revient assez fort, il coûte actuellement de 60 à 80 francs; il est à supposer que ce prix serait réduit avec une plus grande fabrication, et que pour les enfants surtout il serait moins cher. Mais la question n'est pas là, non plus que dans les difficultés de la fabrication. M. Lambron vous a présenté, il y a quelques années, un appareil analogue pour les fractures de la cuisse; c'est le sabotier et le cordonnier de l'endroit qui l'avaient fabriqué sur ses indications. L'un avait fait la forme, l'autre avait cambré et travaillé le cuir. Nous devons sans doute tendre à ce que nos moyens de traitement soient utilisés par tous, mais nous ne pouvons renoncer à perfectionner notre art pour des raisons de prix et de fabrication.

M. DEMARQUAY. L'appareil de M. Bouvier a un très-grand avantage sur lequel n'a pas insisté notre honorable collègue. Grâce à lui, on peut avec toute tranquillité envoyer à la campagne, aux bains de mer, aux eaux, les coxalgiques convalescents qui ont si souvent besoin d'avoir recours à ces moyens.

M. LE FORT. L'appareil plâtré dont je me sers, permet de mettre les malades au bain et il ne coûte que cinquante centimes.

M. VERNEUIL. Nous pratiquons dans un grand centre où tout nous est facile. C'est pour cela que nous devons toujours avoir en vue, lorsque nous proposons un moyen nouveau, de le mettre à la portée de tous les praticiens et de toutes les bourses. Or, je le répète, l'appareil inamovible répond parfaitement à ces conditions. Il est loin d'en être ainsi pour celui de M. Bouvier.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Rétrécissement syphilitique de la trachée.

— **M. VERNEUIL** présente une pièce anatomique dont la description sera publiée ultérieurement avec l'observation.

M. DEMARQUAY. J'ai pratiqué trois fois la trachéotomie pour des rétrécissements de la trachée, entre autres chez un malade dont l'observation est consignée dans la thèse de M. Charnal. Dans une autre circonstance ce fut sur une dame hongroise. J'avais fait faire des canules spéciales, mais cela fut inutile; je tombai sur le rétrécissement, je le divisai et je pus introduire une canule ordinaire. Cette dame porte maintenant une canule à soupape et jouit d'une bonne santé. Dans le troisième cas il fallut franchir le rétrécissement avec une canule quadrivalve, introduite fermée. Je dilatai peu à peu, et au bout de vingt-quatre heures je pouvais déjà placer des canules

ordinaires. Ce malade mourut d'un rhumatisme un an après. M. Bourdon a observé, l'année dernière, un nouveau cas de rétrécissement de la trachée et l'a présenté à la société médicale des hôpitaux.

M. CHASSAIGNAC. J'ai observé plusieurs fois des rétrécissements de la trachée, entre autres le malade dont M. Moissenet a publié l'histoire. Dans une autre circonstance, il s'agissait d'un personnage devenu depuis l'un des chefs de l'insurrection polonaise. Deux mois après l'opération, il pouvait entreprendre un long voyage. Chez une femme à l'hôpital Saint-Antoine, l'opération réussit aussi ; mais toute l'épaisseur de la trachée était comprise dans la cicatrice ; on n'a jamais pu lui enlever sa canule.

— **M. DEMARQUAY** croirait plutôt à des ulcérations de la trachée qu'à des tumeurs gommeuses.

— **M. VERNEUIL** fait remarquer que tout, au contraire, témoigne en faveur de tumeurs gommeuses.

C'est aussi l'avis de la majorité des membres de la Société.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 14 MARS 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. LARREY fait hommage, au nom de M. le docteur Labillone, capitaine d'artillerie, de sa traduction du *Traité d'histologie comparée de l'homme et des animaux*, par le professeur Franz Leydig, de Tübingue.

— **M. FOUCHER** présente, au nom de M. Chenevier, professeur de clinique et chirurgien en chef de l'hôpital de Besançon, une observation de luxation spontanée du cristallin. M. Chenevier demande à être compris au nombre des candidats au titre de correspondant national. (Commission, MM. Foucher, Follin, Dolbeau.)

La Société reçoit les numéros de la semaine de la *Gazette des hôpitaux*, de l'*Union médicale*, de la *Gazette hebdomadaire*, la *Revue*

d'hydrologie médicale, le Mouvement médical et le Journal de médecine et de chirurgie pratiques.

A propos du procès-verbal :

M. BOUVIER. A l'occasion du procès-verbal, j'ajouterai quelques mots à ma communication de mercredi dernier. Sur l'indication de notre savant collègue M. Giraudeau, j'ai consulté le travail de M. Hilton. C'est une suite de leçons publiées dans la *Lancette anglaise* pour l'année 1864. Cet intéressant mémoire a pour titre : *De la douleur et de l'influence thérapeutique du repos mécanique et physiologique dans les accidents et les maladies chirurgicales*, ce qui rappelle le petit ouvrage de notre David, de Rouen, gendre de Lecat, publié en 1779 et intitulé : *Des effets du mouvement et du repos dans les maladies chirurgicales*. L'article consacré par M. Hilton aux maladies articulaires pourrait, en quelque sorte, passer pour une nouvelle édition du *Mémoire de David*, mise à la hauteur des progrès de la chirurgie depuis quatre-vingt-dix ans. L'éminent auteur anglais a voué cette partie de son œuvre à la démonstration du grand principe généralement adopté, de nos jours, dans le traitement des maladies articulaires, à savoir : que la *nature* fait tous les frais de la guérison, lorsqu'on a soin de prévenir tout mouvement de la jointure malade; principe déjà contenu dans le *Mémoire de David*, resté, je pense, inconnu à M. Hilton. Après avoir cité des cas de guérison d'affections articulaires graves, le chirurgien rouennais dit, entre autres choses : « C'est à la *nature* qu'ont été dues ces grandes guérisons, et l'art n'y a concouru qu'en écartant tout mouvement.... Les pansements très-rare et les membres placés à demeure dans des fanons, comme dans les fractures, ont été les seuls moyens employés (1). » Et à cette époque, ce grand principe était encore bien peu répandu.

Le bandage pour la coxalgie, représenté dans l'ouvrage de M. Hilton, a le plus grand rapport avec celui que M. Charrière a construit à ma demande, et je me plais à reconnaître ici la priorité du chirurgien anglais dont je ne connaissais pas le travail. Ces deux appareils sont-ils parfaitement identiques? Il me semble que non, autant que j'en puis juger par le peu de mots que M. Hilton a dit du sien et par la figure très-réduite qu'il en a donnée. A part quelques différences de détail dans la construction, j'ai cru voir que la ceinture, dans l'appareil anglais, ne devait pas se mouler aussi exactement sur la partie inférieure du tronc, que dans l'appareil de M. Charrière. Or, la ceinture joue ici un grand rôle. C'est la perfection de la ceinture qui fait

(1) David. *Des effets du mouvement et du repos*, Paris, 1779, p. 130.

le plus grand avantage de l'appareil inamovible de M. Verneuil, et nous nous sommes efforcés, M. Charrière et moi, de reproduire cette perfection dans le bandage en cuir moulé.

Je ne veux pas dire toutefois que ce moulage exact soit toujours indispensable. Il est beaucoup de cas dans lesquels on serait très-utile aux malades, même en se servant simplement d'un cuir ferme, d'une sorte d'attelle comme celles qui ont déjà été indiquées par A. Paré, mais beaucoup plus large, découpée et *cambrée* aux deux extrémités, de manière à entourer séparément la cuisse d'une part, la partie inférieure de l'abdomen de l'autre, et à s'opposer ainsi principalement à la flexion du membre, mouvement qu'il importe le plus de prévenir. Un pareil bandage pourrait être employé, comme le demande M. Verneuil, dans les plus petites localités, où beaucoup de chirurgiens seraient peut-être plus en état de le construire eux-mêmes que d'appliquer un bon appareil inamovible.

M. Hilton rapporte sommairement trois cas où il a mis en usage son appareil en cuir moulé. Ces observations, quoique incomplètes, offrent de l'intérêt; en voici une courte analyse.

Premier cas. — Enfant de deux ans. Suppuration ancienne de l'articulation scapulo-humérale gauche; coxalgie commençante du même côté. Mère phthisique. Application du bandage en cuir en 1848, avec décubitus continu pendant six mois et exercices gradués de marche cinq autres mois. Malheureusement l'attitude du membre avant le traitement n'est pas indiquée. Le bras fut contenu par une écharpe et condamné à l'immobilité. Le résultat fut la guérison complète de la coxalgie, la guérison, avec ankylose et atrophie, de l'affection du membre supérieur. M. Hilton a revu plus tard ce malade, alors âgé de quinze ans et très-bien portant. L'auteur fait justement remarquer que, si l'immobilisation avait été employée à temps pour l'affection de l'épaule, on eût sans doute prévenu la suppuration, comme on l'a fait pour la hanche.

Deuxième cas. — Garçon de dix-sept ans. Mère, frères et sœurs morts de tubercules pulmonaires. Coxalgie non suppurée. Ici encore il n'est rien dit de l'attitude de la cuisse. Application de l'appareil en 1847, avec repos horizontal pendant cinq mois, suivi d'exercices gradués de locomotion. Guérison complète. Longtemps après, ce jeune homme était au service dans la grande guerre de l'Inde.

Troisième cas. — Garçon de douze ans et demi. Coxalgie avec abcès volumineux. Emploi, en 1856, de l'appareil en cuir, largement échancré vis-à-vis de l'abcès. Mort de phthisie pulmonaire au bout d'un an. Ce fait montre, contrairement à l'opinion exprimée par

M. Demarquay, que le bandage en cuir moulé est applicable même aux cas de coxalgie suppurée.

COMMUNICATION.

Anesthésie locale provoquée par la pulvérisation de l'éther.

M. LE FORT rappelle les essais anciennement faits par M. Guérard, à l'aide de l'éther vaporisé, pour obtenir l'anesthésie locale. Ces essais ont été répétés par plusieurs chirurgiens. Il désire aujourd'hui attirer l'attention de la Société sur un nouveau procédé qu'un médecin de Londres, M. Richardson, a proposé il y a deux ou trois mois. Son appareil est un pulvérisateur spécial, que M. Le Fort n'a pu se procurer. M. Giralès a proposé, dans son article anesthésie, inséré dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, d'opérer la pulvérisation de l'éther à l'aide de l'appareil de M. Luër. C'est à ce procédé que M. Le Fort a eu recours le matin même, à l'hôpital du Midi, pour ouvrir des bubons. Les malades n'ont pas accusé de douleur. M. Le Fort montre à la Société que le jet d'éther projeté sur un tube contenant un peu d'eau, provoque un commencement de congélation.

M. FOUCHER. Il y a un an au moins que j'ai employé l'éther de la même façon. J'agissais à l'instigation de M. Georges qui s'est beaucoup occupé d'anesthésie. Je n'ai jamais obtenu qu'une anesthésie incomplète et très-fugace. J'ai dû y renoncer.

M. DEMARQUAY. L'éther vaporisé sur la peau donne de bons résultats pour les opérations superficielles. Je fais la vaporisation avec un soufflet, et depuis longtemps, je ne recours pas à d'autre méthode anesthésique, pour opérer l'ongle incarné. Je ne trouve qu'un inconvénient grave à l'emploi de l'éther, c'est la possibilité de mettre le feu.

M. VELPEAU. J'ai expérimenté la méthode de M. Georges à la même époque que M. Foucher, mes conclusions sont identiques aux siennes.

J'ai vu faire, par quelques élèves de mon service, des expériences bien plus simples avec le tube des parfumeurs; on arrive à insensibiliser assez bien la peau, pour y enfoncer des épingles, mais il ne faut pas aller trop profondément.

Il est bien à désirer que l'on arrive à trouver une bonne méthode d'anesthésie locale. Mais il est non moins à souhaiter que des essais imparfaits ne fassent pas oublier ce que nous avons de bon. Depuis que M. Arnott a fait connaître son mélange réfrigérant, je n'ai cessé d'en faire usage pour les petites opérations et toujours avec les meilleurs résultats.

M. DÉSORMEAUX. J'emploie souvent l'éther vaporisé au soufflet : quand on agit sur des parties bien isolées et peu épaisses comme le doigt, cela réussit ; sur les parties volumineuses au contraire, je n'ai eu que peu de résultats. Je dois déclarer que j'ai renoncé à la glace et au sel, dont l'application est toujours très-douloureuse.

M. LABORIE. J'ai souvent employé comparativement la glace et l'éther pour l'ongle incarné. L'éther réussit beaucoup mieux. Avant de verser l'éther sur l'orteil, j'ai toujours soin de le lier à sa racine.

M. PERRIN. L'éther n'agit que comme réfrigérant et ne donne qu'une anesthésie superficielle, c'est un point bien acquis par l'expérience. Son contact est insupportable sur les parties délicates et sensibles comme les organes génitaux, l'anus, etc. Il a donc rendu peu de services. En rendra-t-il davantage grâce à la pulvérisation ? Il y a lieu d'en douter. L'expérience de M. Le Fort est peu concluante, on arrive à produire la congélation en plongeant simplement dans l'éther liquide un tube contenant de l'eau. Je suis surpris des résultats contradictoires indiqués par nos collègues à propos du mélange d'Arnott. Je l'ai très-souvent employé et suis absolument de l'avis de notre maître M. Velpeau.

M. LE FORT. Avec l'appareil de M. Luër on congèle en une minute la partie sur laquelle est dirigé le jet d'éther vaporisé. Je crois donc que la pulvérisation doit beaucoup accroître le pouvoir réfrigérant de l'éther. Je désire seulement appeler l'attention sur cette méthode nouvelle, mais je ne méconnaiss pas pour cela les bons effets du mélange réfrigérant, et suis à cet égard de l'avis de MM. Velpeau et Perrin.

M. VELPEAU. Les divergences qui se produisent à propos de l'emploi du mélange de glace et de sel, sont difficiles à expliquer. Comment les malades de M. Désormeaux ont-ils autant souffert, tandis que les miens n'ont accusé de douleur ni pendant l'application du mélange, ni pendant ni après l'opération. On ne peut pas avoir d'anesthésie plus complète que celle que l'on obtient avec la glace et le sel : aussi, M. Laborie m'a-t-il étonné en disant que l'éther anesthésiait mieux. Il est vrai que M. Laborie étrangle la racine de l'orteil ; il y a bien trente ans que je me suis servi de ce moyen pour la première fois. On insensibilise presque complètement : aussi je crois bien que l'éther ne fait que compléter l'action de la ligature.

M. GUÉBANT a fait usage, pendant vingt années, du mélange d'Arnott, il n'a eu qu'à s'en louer.

M. DEMARQUAY lui reconnaît aussi de grands avantages, mais il pense que sur des parties dénudées et excoriées, le contact de la glace et du sel peuvent être douloureux.

M. LABBÉ. Personne ne s'est encore préoccupé de ce qui se passait

pendant la réaction, chez les malades soumis à l'anesthésie, par la glace. J'ai toujours vu se produire des douleurs très-violentes dans les trois ou quatre heures qui suivent la congélation. J'ai même observé chez certains malades de petits points mortifiés; il en est qui m'ont déclaré ne plus vouloir s'y soumettre. Je crois l'emploi de la ligature et de l'éther combinés bien préférable à celui de la glace et du sel.

M. VELPEAU. Il ne m'est jamais arrivé d'observer ces douleurs, cette réaction excessive allant jusqu'à la mortification partielle, et je crains que M. Labbé n'ait porté trop loin la congélation. Voici comment je procède : je mélange de la glace grossièrement pilée à un cinquième de gros sel; le tout est enfermé dans de la tarlatane, et l'orteil est enveloppé jusqu'à sa racine. Je regarde de temps en temps l'orteil et quand les tissus sont devenus blancs, j'enlève le mélange réfrigérant et fais l'opération; cela dure trois à quatre minutes. J'ai vu bien des malades obligés de se faire arracher de nouveau l'ongle, réclamer instantanément la glace. Il serait vraiment fâcheux de voir abandonner un moyen aussi simple, aussi sûr et aussi inoffensif.

M. BROÇA. De très-nombreuses expériences prouvent que la gangrène n'est pas à craindre quand la réfrigération n'a duré que quatre ou cinq minutes. Des tissus complètement gelés reviennent à leur état normal, si la congélation n'a pas duré trop longtemps. J'ai vu Robert opérer un doigt entièrement congelé : les glaçons craquaient sous le bistouri, les tissus n'ont pas souffert. Il faut qu'il y ait eu chez les malades de M. Labbé des conditions de tissu toutes particulières.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SEANCE DU 21 MARS 1866.

Présidence de **M. GIRALDÈS.**

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Faliu adresse à la Société une observation d'extirpation de polype du col de l'utérus à l'aide d'une nouvelle pince. Commission : MM. Tarnier, Tillaux, Le Fort.

— M. le docteur Davat, d'Aix, membre correspondant, adresse une note à l'occasion de la discussion sur l'*ophthalmie purulente*.

Voici un extrait de cette communication :

J'ai pris pour habitude et pour règle :

1^o De placer l'œil dans l'immobilité;

2^o De l'isoler de la lumière et de l'air;

3^o D'agir sur l'œil médiatement deux à trois fois par jour seulement, et immédiatement constamment.

En dehors des moyens généraux réclamés par le tempérament, le traitement local que j'emploie et qui remplit les précédents préceptes, consiste à recouvrir la paupière de l'œil malade de deux rondelles de linge superposées, sur lesquelles on a répandu une double couche du mélange suivant :

Blanc d'œuf.	n ^o 4.
Alun de roche pulvérisé. . .	4 gramme.
Sublimé d'hydrargire. . . .	0 gr. 20.

Battez ensemble.

Quand il y a douleur, photophobie, le mélange peut être additionné de laudanum ou d'atropine.

Les rondelles en se desséchant adhèrent sur les paupières, fixent l'œil, l'isolent de l'air et du jour; elles sont un bon antiphlogistique. On les renouvelle suivant l'intensité de la lésion oculaire, quand il y a lieu de laver l'œil et de le cautériser. Le pansement répété soir et matin suffit généralement.

— M. Larrey fait hommage de son rapport sur le travail de M. le docteur H. Dumont, sur la maladie dite des sucreries.

— M. Didiot, médecin principal des hôpitaux militaires, adresse un mémoire sur le choléra à Marseille en 1865.

La Société reçoit :

Le Montpellier médical;

Le Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale;

Le tome IX de la 2^e série des *Bulletins de la Société anatomique de Paris;*

Les numéros 1, 2, 3, 4, 5, 6, de la *Gazette médicale de Lyon* pour l'année 1866, et la Table de l'année 1865;

Les numéros de la semaine :

De la *Gazette des hôpitaux;*

De l'*Union médicale;*

De la *Gazette hebdomadaire;*

Du *Mouvement médical;*

Et de la *Médecine contemporaine.*

A propos du procès-verbal :

Anesthésie locale par l'éther pulvérisé.

M. MARJOLIN. J'ai pratiqué deux opérations après avoir essayé l'anesthésie locale. M. Luer avait bien voulu faire fonctionner son appareil, l'éther était parfaitement pur.

Il s'agissait dans le premier cas de réséquer l'extrémité d'un fémur saillant à travers une plaie; dans le second, d'ouvrir un kyste renfermant une exostose épiphysaire qu'une fracture accidentelle avait rendue complètement mobile.

Nous opérions dans une très-grande salle et cependant il s'y était accumulé une telle quantité de vapeur d'éther, qu'un corps en ignition eût probablement créé un danger véritable. J'ai été, pour ma part, étourdi pendant plus d'une heure; le second de mes opérés a été aussi fort incommodé et jeté dans un état nerveux fort pénible.

Chez les deux opérés, l'anesthésie a été imparfaite. Chez le premier, il y a eu dans la journée une hémorrhagie en nappe assez abondante.

M. LE FORT. Je suis convaincu que l'anesthésie locale par l'éther doit être absolument réservée aux petites opérations et aux ouvertures d'abcès. Je ne suis donc pas surpris de ce que M. Marjolin vient de nous dire. Il est important de se servir d'éther rectifié; il n'est pas douloureux au contact des tissus, parce qu'il ne contient pas d'alcool, et il en faut une moindre quantité pour obtenir la réfrigération, ce qui est important.

Appareil en cuir pour la coxalgie.

M. GIRALDÈS. Après avoir présenté son nouvel appareil à l'Académie, M. Bouvier est venu le montrer à la Société de chirurgie. Il a reçu ici un moins bon accueil, et j'ai eu pour ma part la malencontreuse idée de montrer que M. Hilton avait déjà fait construire et employé un appareil semblable.

M. Bouvier a bien voulu tenir compte de mon observation, et, sur sa demande, je lui ai fourni les indications nécessaires; il a pu ainsi étudier l'ouvrage de M. Hilton. Notre collègue est venu dans la dernière séance vous dire le résultat de son examen.

Tout serait donc pour le mieux si M. Bouvier, au lieu de parler simplement de l'appareil de M. Hilton, n'avait critiqué son ouvrage et n'avait aussi, en parlant de l'appareil, commis quelques erreurs d'appréciation. La note que notre collègue a rédigée pour le procès-verbal ne reproduit pas exactement ce qu'il nous a dit en séance; cependant les critiques que je vais présenter ont encore leur raison d'être.

D'après M. Bouvier, les leçons de M. Hilton ne seraient que la reproduction des idées qu'avait soutenues quatre-vingt-dix ans auparavant David de Rouen.

On est toujours bienvenu quand on réclame pour un auteur de son pays; mais le livre de M. Hilton n'est en aucune façon le décalque de celui de David. Ces deux ouvrages n'ont pas plus de ressemblance qu'une feuille de papier et une feuille de cuir.

Le mémoire de David a quelques pages seulement; il s'occupe de la carie de la colonne vertébrale, des abcès par congestion, très-incidemment des maladies articulaires. Attribuer à David l'honneur d'avoir posé en précepte le principe du repos des jointures, comme base de leur thérapeutique, c'est lui attribuer rétroactivement un mérite auquel son ouvrage ne lui donne aucunement droit. M. Hilton a trente ans de pratique à Guy's Hospital, c'est un ancien élève de l'école de Paris et de A. Cooper. Il a fait au collège des chirurgiens six leçons sur les affections de la hanche pendant trois années consécutives, et ce sont ces dix-huit leçons qu'il a réunies en un gros volume, où la question est étudiée d'une manière approfondie. Les observations qu'il a rapportées ne sont pas écourtées, ainsi que le disait M. Bouvier; elles ne sont pas non plus au nombre de trois seulement, il y en a une dizaine. On ne peut donc établir d'analogie entre deux ouvrages aussi différents.

Quant à l'appareil, M. Bouvier a bien reconnu qu'il était en cuir moulé, mais il a cru qu'il consistait en une simple attelle. Oui, si l'on appelle ainsi un appareil qui enveloppe toute la circonférence du membre, le bassin, et se moule exactement sur les parties. D'ailleurs M. Hilton a le soin de nous montrer un peu plus loin ce que l'on peut faire avec de simples attelles. Il suffit de jeter les yeux sur les figures qui accompagnent les descriptions de M. Hilton pour être convaincu.

L'appareil de M. Hilton est bouclé au lieu d'être lacé, il n'est pas renforcé de lames métalliques; de plus il est complété par une attelle munie d'une semelle : à l'aide de cet ajutage on immobilise la jambe et le pied. Voilà les vraies et les seules différences.

Les renforts métalliques ont été utilisés et conseillés par Brodie; le cuir moulé a été dès 1859 employé en France pour un appareil à coxalgie. C'est M. Mathieu qui s'en est servi pour un appareil qu'il construisait pour un malade soigné par MM. Ch. Bernard et Bouvier.

M. BOUVIER. Je suis bien aise que M. Giraudeau ait constaté que j'avais rectifié dans ma note quelques erreurs qui m'étaient échappées pendant l'improvisation. Je suis tout aussi disposé à me laisser convaincre en ce qui touche à l'appareil de M. Hilton. Je le répète, la question de priorité ne saurait me préoccuper. j'ai déclaré dès le

principe que j'étais heureux de me trouver en conformité de vues et d'opinion avec M. Hilton à propos d'un appareil que je crois appelé à rendre de véritables services.

Mais je n'accepte pas la réclamation de M. Mathieu que M. Giraudeau a rappelée; son appareil est en cuir moulé, mais composé de plusieurs pièces. Celui de M. Hilton et le mien sont d'un seul morceau, c'est là un principe essentiel.

Je veux surtout me défendre d'avoir critiqué M. Hilton. Je n'ai pas dit que son ouvrage fût un décalque de celui de David. J'ai dit au contraire qu'il devait lui être inconnu.

Y avait-il inconvénient à rapprocher l'œuvre modeste du chirurgien de Rouen des études approfondies de M. Hilton? Je me crois en droit de maintenir que les deux auteurs sont arrivés à la même conclusion pratique. Il est vraiment intéressant de montrer dans un ouvrage ancien la formule du principe moderne pour le traitement des affections articulaires.

David n'a pas fait de monographie, cela est vrai, mais il s'occupe de la coxalgie dans le corps de son mémoire et dans les notes qu'il y a annexées.

M. GIRALDEAU. Je ne voudrais pas que l'on crût que j'ai voulu amoindrir l'ouvrage de David. Il n'y a que deux observations et incidemment quelques notes relatives aux affections de l'articulation coxo-fémorale. David parle beaucoup des caries articulaires, du mal de Pott, de la nécessité de ne pas ouvrir les abcès par congestion, mais ne pose pas en précepte l'immobilité comme méthode de traitement des affections articulaires.

Cet ouvrage ne ressemble pas plus à celui de M. Hilton que la médecine opératoire de M. Velpeau à celle de Dionis.

M. LEFORT. Il est un point surtout bien étudié par Hilton, ce sont les douleurs articulaires. Il a cherché à bien montrer comment elles se produisaient.

DISCUSSION.

Hygiène des Maternités.

M. TARNIER. Messieurs, en mettant la question des maternités à l'ordre du jour, la Société de Chirurgie ne fait que poursuivre une œuvre déjà commencée par elle : personne, en effet, n'a oublié le retentissement mérité de cette discussion, où vous avez cherché et établi les règles applicables à la salubrité des hôpitaux généraux. L'hygiène des maternités n'est, en réalité, que le complément de votre première enquête; elle en est le corollaire obligé.

La fièvre puerpérale, vous le savez, frappe chaque année une quan-

tité considérable de femmes en couches; il faut en enregistrer le nombre pour servir d'enseignement; mais aucun médecin, aucun administrateur, aucun pays ne doit être accusé en particulier. Partout le mal est le même; dans le monde entier les hôpitaux de toutes les grandes villes sont ravagés par le même fléau. L'importance du débat qui vous est soumis est donc universelle, et votre jugement sera aussi vrai pour Paris ou Londres que pour Berlin, Vienne et Saint-Petersbourg. Nous sommes en mesure, je crois, d'indiquer, au moins en partie, la cause du mal et les moyens d'y remédier, car nous possédons actuellement de très-nombreux travaux sur la mortalité des nouvelles accouchées, et ce n'est pas en vain, je l'espère, que nous poursuivrons le but que nous nous proposons d'atteindre. L'opportunité de cette discussion ne saurait donc être mise en doute. Tout le monde est animé du même zèle, et pendant que les médecins démontrent la cause d'une aussi grande mortalité, le directeur de l'assistance publique se dispose à ne reculer devant aucune mesure capable d'amoindrir la fréquence des maladies puerpérales; c'est donc un devoir pour nous de dire la vérité, quelque triste qu'elle soit.

Notre tâche est d'ailleurs simplifiée par l'étude déjà faite par vous sur l'hygiène hospitalière. Il est inutile de revenir à une discussion générale pour répéter ce qui est dit dans nos bulletins de l'année 1864. Une maternité doit être construite suivant les mêmes règles qu'un autre hôpital : même situation, en un lieu salubre, aéré et sur un vaste emplacement; même orientation; même nombre d'étages, même nombre de lits pour un espace donné. Peut-être convient-il cependant de faire remarquer qu'une nouvelle accouchée a besoin d'un plus grand nombre de mètres cubes d'air que tout autre malade en raison de l'odeur qui s'échappe des lochies. On n'oubliera pas davantage que l'enfant nouveau-né est placé près de sa mère, et qu'il contribue pour sa part à la viciation de l'air. Quant à la ventilation, je répéterai, après bien d'autres, que la ventilation dite naturelle est la meilleure. Je n'irai pas plus loin dans cette revue des conditions hygiéniques applicables aux hôpitaux, et j'aborderai plus directement mon sujet : *Y a-t-il des règles particulières à observer pour la construction et l'aménagement d'une maternité?* Je n'hésite pas à répondre par l'affirmative, parce qu'une maternité est un hôpital spécial réservé à des maladies spéciales. Pour traiter convenablement ce point particulier de mon argumentation, j'examinerai successivement les trois questions suivantes : 1° Quelle est la mortalité des femmes en couches? 2° Quelles sont les causes de cette mortalité? 3° Quelle doit en être la prophylaxie?

1° *Mortalité des femmes en couches.* — Depuis longtemps la

mortalité des femmes en couches a préoccupé les médecins. On connaissait le mal sans savoir au juste quelles étaient son étendue et sa gravité. Tenon combla en partie cette lacune et fit voir dans quelle proportion les décès des nouvelles accouchées entraient dans la mortalité générale. Cet auteur déplorait le triste état où étaient placées, de son temps, les femmes en couches, et montrait qu'il en mourait une sur quinze. L'exactitude de ses recherches constituait un véritable progrès; mais une partie de la vérité resta dans l'ombre parce qu'on n'eut pas l'idée de comparer la mortalité de la ville et celle de l'hôpital. On savait d'ailleurs que les maladies puerpérales se développaient par épidémie, et on en concluait que, si la mortalité était effroyable à l'hôpital, elle devait être, sans aucun doute, très-grande en ville. J'étais imbu de ces idées quand j'eus l'occasion d'observer une effroyable mortalité qui éclata en 1856, à la Maternité, pendant que j'y étais interne. Sur 2,239 accouchements il y eut 432 décès, soit 4 décès sur 49,62 accouchements. Dans le mois de mai seulement il y eut 32 accouchements et 34 décès. La gravité de l'épidémie était d'ailleurs aussi grande à l'hôpital des Cliniques et à Cochin, malgré la médication par le sulfate de quinine, qui avait été instituée dans ce dernier hôpital par M. Bean. De pareils désastres étaient bien faits pour faire réfléchir; j'interrogeai mes maîtres, et partout on me répondit que la mortalité était aussi grande en ville qu'à l'hôpital, et que, si la mortalité y était moins apparente, cela tenait, me disait-on, à ce que les cas de mort causés par la fièvre puerpérale y étaient masqués et comme perdus au milieu de la mortalité générale, et souvent, ajoutait-on, le rapport des médecins vérificateurs des décès, mal renseignés, devait contenir de fausses indications sur la cause véritable de la mort.

Toutes ces allégations manquaient de démonstration scientifique, et je résolus de dresser une statistique où je comparerais la mortalité de la ville et celle de l'hôpital. M. Delpech, dont j'étais l'interne, voulut bien m'aider et me fit ouvrir les portes de la mairie du 5^e arrondissement (ancien 42^e), où je pus m'installer pendant tout le temps que durèrent mes recherches. Pour obtenir un résultat aussi exact que possible, je feuilletais le registre de décès de l'année 1856, acte par acte, et chaque fois qu'une femme était morte de 15 à 50 ans, je me demandais si elle n'était pas morte à la suite d'un accouchement. Pour le vérifier, je recherchais aussitôt dans le registre des naissances, soit à son nom, soit à celui de son mari, si elle était accouchée dans le mois qui avait précédé sa mort, et j'ai considéré comme morte de maladie puerpérale chaque femme qui s'est trouvée dans cette condition; cette manière de procéder n'a donc pu que grossir le chiffre

de la mortalité et nullement le diminuer. La clientèle civile me donna ainsi 3,222 accouchements et 14 décès seulement. Encore je dois ajouter que, sur ces 14 décès, quatre femmes étaient mortes, il est vrai, chez elles, mais après avoir été accouchées à la Maternité, d'où elles étaient sorties malades. La mortalité de la ville n'était donc que de 10 sur 3,222 accouchements, ou de 1 sur 322, tandis qu'à la Maternité, pour la même année, elle était de 1 sur 49. J'avais en outre à ma disposition une autre statistique qui prouvait que, sur 712 accouchements faits par les soins du Bureau de bienfaisance, cinq femmes seulement avaient succombé, soit 1 sur 142,40. Je pouvais donc affirmer, preuves en main, que la mortalité de l'année 1856 avait été 17 fois plus considérable à l'hôpital qu'à domicile. Toutes ces recherches ont été publiées en 1857 dans ma thèse inaugurale (Paris. Avril 1857). Elles établissent la proportion suivante dans la mortalité des nouvelles accouchées :

Maternité..... 1 sur 49,62.

Clientèle de la ville..... 1 sur 322,20.

Bureau de bienfaisance... 1 sur 142,40.

Personne ne s'attendait à un résultat pareil, et, le premier, j'en fus singulièrement étonné. Quelques médecins, difficiles à convaincre, élevèrent même des doutes sur cette statistique. M. Velpeau pria M. Trébuchet de faire de nouvelles recherches sur ce sujet; ce nouveau travail montrait bientôt que, dans toute la ville de Paris, il meurt 4 accouchées sur 1,000 dans la clientèle civile.

Il était désormais prouvé que la mortalité de l'hôpital est hors de toute proportion avec celle de la ville. Je crois avoir été le premier à en donner la démonstration, et je réclame la priorité parce que ces recherches n'ont pas été sans importance et qu'elles sont d'ailleurs le point de départ de nouvelles investigations qui amèneront un jour ou l'autre une réforme radicale dans l'hygiène de nos hôpitaux. Je m'étonne donc que M. Lefort n'ait pas cité ma thèse dans son livre et qu'il ne parle que de mon mémoire de 1858 (*De la fièvre puerpérale*. Paris, 1858, in-8°). Mon collègue m'accorde encore, il est vrai, la priorité sur les travaux publiés à l'étranger, mais cette citation, faite en passant, ne l'a pas empêché d'écrire un passage que je lui demande la permission de lire en entier. J'aurai si souvent l'occasion de parler avec éloges du livre de M. Lefort que je puis bien me permettre de commencer par une critique. « Moins heureux, dit M. Lefort, que pour les maternités étrangères, nous ne pourrions tracer aujourd'hui, faute de documents scientifiques, l'histoire médicale de la Maternité. Ce n'est pas toutefois que plusieurs travaux im-

« portants ne soient sortis de l'École d'accouchements de Paris, et
 « plusieurs épidémies ont eu leurs historiens; mais ces derniers se
 « sont presque toujours bornés à faire l'histoire anatomique ou sympto-
 « matologique de la fièvre puerpérale, quelquefois à vanter telle mé-
 « thode thérapeutique de préférence à telle autre (en réalité aussi
 « impuissante), sans examiner la question si importante de l'étiologie
 « et sans nous fournir d'éléments statistiques suffisants pour le
 « chiffre de la mortalité par fièvre puerpérale. » (Lefort..Paris 1866.
 Pages 226 et 227).

Je réclame contre cette appréciation qui n'est ni juste ni vraie, et
 je pourrais citer, avant mes recherches personnelles, la thèse d'un
 ancien interne de la Maternité, M. Lasserre, qui contient nombre de
 faits intéressants sur l'étiologie de la fièvre puerpérale.

Je disais, il y a quelques instants, que la comparaison de la morta-
 lité de la ville et de l'hôpital avait été le point de départ de nombreux
 travaux. En 1858, Barnes fit en effet pour Londres ce que j'avais fait
 pour Paris, et comme moi il trouva que la mortalité était effroyable-
 ment plus considérable à l'hôpital; comme moi aussi, il trouva quel-
 ques incrédules quand parut son premier mémoire. En 1860, Crédé,
 à Leipsig, entreprenait un travail analogue et arrivait au même ré-
 sultat. En 1862, M. Husson (*Étude sur les hôpitaux de Paris*) nous
 fait connaître la mortalité des femmes en couches dans tous les hôpi-
 taux de Paris de l'année 1802 à l'année 1862. Nous ne trouvons pas,
 il est vrai, dans son livre, la mortalité de la ville, mais quand on
 connaît la clef de cette comparaison, le chiffre des décès dans les hô-
 pitaux suffit, et les recherches de M. Husson nous fournissent ainsi
 des documents extrêmement importants. Voici ces chiffres (Husson,
Étude sur les hôpitaux, page 253) :

Maternité.	160,704 accouch.	8,124 décès	= 5,6 0/0	= 1 s. 19.
Cliniques.	24,295	— 1,143	— = 4,7 0/0	= 1 s. 21,2.
Hôtel-Dieu.	25,314	— 831	— = 3,2 0/0	= 1 s. 30,4.
Saint-Louis ...	19,038	— 780	— = 4, 0/0	= 1 s. 24,7.
Saint-Antoine.	5,204	— 349	— = 6,7 0/0	= 1 s. 14,8.
Lariboisière...	5,023	— 395	— = 7,86 0/0	= 1 s. 12,7.

La mortalité est donc de 4 sur 49 à la Maternité, de 4 sur 24 à
 l'Hôpital des cliniques, de 4 sur 30 seulement à l'Hôtel-Dieu, qu'on a
 tant décrié. A l'hôpital Saint-Louis, la mortalité est de 4 sur 24 (de
 l'année 1808 à l'année 1862). Je m'arrête sur ces chiffres, parce que
 j'ai souvent entendu dire que l'hôpital Saint-Louis était un modèle,
 et que dans ses anciennes salles on ne voyait que de loin en loin
 mourir une femme en couches. Que de fois j'ai entendu médecins et

chirurgiens des hôpitaux affirmer ces résultats satisfaisants en toute conscience, et les expliquer de telle ou telle façon! Peine perdue! la vérité est que la mortalité est presque aussi grande à Saint-Louis qu'aux Cliniques, et plus considérable qu'à l'Hôtel-Dieu. Les deux hôpitaux les plus maltraités sont Saint-Antoine et Lariboisière : dans le premier, la mortalité des nouvelles accouchées est de 4 sur 44, et de 4 sur 42 dans le second, malgré le luxe qui les entoure.

Après le travail de M. Husson parut, en 1863, le Mémoire de Hugenberger, qui fait pour Saint-Petersbourg la comparaison de la mortalité de la ville et de l'hôpital. Les recherches entreprises en France se trouvèrent ainsi confirmées en Russie. En 1864, Späth et Braun arrivèrent aux mêmes résultats pour la ville de Vienne.

Tant de travaux ne pouvaient pas passer inaperçus, et en 1864 le Comité consultatif d'hygiène chargea M. Malgaigne de faire un rapport sur la mortalité des femmes en couches. Ce rapport fut publié dans le *Bulletin officiel* du ministère de l'intérieur (Paris, 1864). On y trouve des documents extrêmement précieux. M. Husson, qui faisait partie de la Commission dont M. Malgaigne était le rapporteur, voulut bien faire dresser une statistique qui comprend tous les accouchements de Paris pour les années 1861 et 1862, et met en regard le nombre des accouchements et celui des décès : 1° dans les hôpitaux ; 2° dans les bureaux de bienfaisance ; 3° en ville, en dehors des bureaux. Voici cette statistique :

1861 :

Dans les hôpitaux.....	7,226 accouch.	693 décès=	4 sur 40,42
Bureaux de bienfaisance.	6,242 ———	32 —	= 4 sur 494,12
En ville.....	44,484 ———	262 —	= 4 sur 469,80

1862 :

Dans les hôpitaux.....	6,974 accouch.	476 décès=	4 sur 44,64
Bureaux de bienfaisance.	6,422 ———	39 —	= 4 sur 464,66
En ville.....	42,796 ———	226 —	= 4 sur 460,88

En groupant ces chiffres, on trouve, pour l'ensemble des deux années :

Dans les hôpitaux.....	44,497 accouch.	4,169 décès.
En ville et dans les bureaux.	99,944 ———	559 —

Si la mortalité n'avait pas été plus forte dans les hôpitaux que dans la ville, on y aurait compté à peine 80 décès au lieu de 4,169. Vile quatre-vingt-dix femmes en deux années, ou cinq cents qua-

rante-cinq par an, frappées de mort à l'hôpital, et qui probablement auraient été épargnées si elles avaient pu accoucher en ville!

Je sais bien que l'administration a été émue par ces chiffres; aussi dit-elle bien haut que les années 1864 et 1862 ont été exceptionnellement meurtrières, et qu'il ne faut pas les prendre pour point de comparaison. Prenons donc les deux années suivantes, c'est-à-dire 1863 et 1864, et nous trouverons :

1863 :

A l'hôpital.....	7,350 accouch.	499 décès	= 1 sur 15
Bureaux de bienfaisance....	6,839	24	= 1 sur 284

1864 :

A l'hôpital.....	7,166 accouch.	578 décès	= 1 sur 12
Bureaux de bienfaisance....	6,953	52	= 1 sur 133

Les résultats, on le voit, ne sont pas plus favorables pour les années 1863 et 1864 que pour les deux années précédentes; il faut s'incliner devant eux, et reconnaître que malheureusement ils ne varient guère.

Le rapport de M. Malgaigne contient en outre une statistique dressée par M. de Lurieu pour les hôpitaux des départements, où nous trouvons la preuve qu'en province, comme à Paris, la mortalité des maternités est relativement considérable.

Dans les hôpitaux de Lyon on compte 4 décès sur 43 accouchements.

Bordeaux, Lille, Reims, Strasbourg, Grenoble, Saint-Étienne, donnent pour leurs hôpitaux 4 décès sur 49.

Toulouse, Bourg, Troyes, Marseille, Châteauroux, Amiens, Colmar, Nantes, Nancy, Orléans, donnent 4 décès sur 37.

Laon, Versailles, Caen, Limoges, Tours, Blois, Dijon, Chambéry, Nîmes, Bar-le-Duc, Poitiers, Brest, Périgueux, Meaux, Angoulême, Arras, Moulins, Châlons-sur-Marne, Avignon, Montpellier, Metz, Le Mans, Perpignan, Mâcon donnent 4 décès sur 38.

Beauvais, Chartres, Évreux, Lons-le-Saunier, Valence, Romans, Aix, Mulhouse, Albi, Verdun, Douai, Ajaccio, Vesoul, Provins, Saint-Quentin, Alençon, Niort, Nevers, Cherbourg, Draguignan, donnent 4 décès sur 78.

Nous étions, vous le voyez, déjà riches en statistiques importantes quand il y a quelques semaines à peine, parut le livre de M. Lefort (*Des Maternités*, Paris 1866). Le travail de notre collègue est incontestablement le plus complet de tous; M. Lefort y a ajouté un mérite particulier en visitant un grand nombre d'hôpitaux étrangers et c'est

sur place qu'il a recueilli bon nombre de renseignements qu'il publie aujourd'hui. Son livre sera donc favorablement apprécié dans tous les pays et on devra le consulter chaque fois qu'on voudra étudier l'hygiène des maternités. Au point de vue qui nous occupe en ce moment, qu'a fait M. Lefort ? Il a additionné ma statistique, celles de Barnes, Crédé, Husson, Hugenberg, Späth, Braun, Malgaigne, de Lurieu ; il y a ajouté celles d'un grand nombre d'autres pays : Prague, Munich, Gœttingue, Berlin, Francfort, Pesth, Moscou, Dublin, etc., et il arrive ainsi au chiffre énorme de 4,813,093 accouchements qui sont répartis de la manière suivante :

A l'hôpital : 888,342 accouchements, 30,594 décès, soit 4 morts sur 29.

En ville : 934,784 accouchements, 4,405 décès, soit 4 mort sur 242. La même statistique semble prouver qu'on meurt moins à Londres qu'à Paris, moins à Paris qu'à Munich et à Saint-Petersbourg.

Ces chiffres expriment-ils une vérité qui soit indistinctement applicable à toutes les villes ? Il est permis d'en douter, parce que M. Lefort a réuni dans sa statistique un grand nombre d'hôpitaux dont la population est tantôt considérable comme dans les grandes villes et tantôt très-petite comme dans la plupart des provinces de la France et de l'étranger. Cette différence dans la population des maternités est presque constamment suivie par une différence semblable dans la mortalité, qui devient proportionnellement plus grande ou plus faible suivant que les nouvelles accouchées sont agglomérées en plus ou moins grand nombre. Il ne faudrait donc pas prendre les chiffres de M. Lefort en bloc, pour les comparer avec ce qui se passe à Paris.

Je doute, d'un autre côté, que les statistiques recueillies à l'étranger pour la clientèle civile soient aussi complètes que celle de Paris et recueillies avec autant de soin. Ce serait là une nouvelle cause d'erreur.

Quoi qu'il en soit, malgré ces critiques qui s'adressent non pas à l'auteur mais à la nature même du travail qu'il avait entrepris, il ressort des recherches de M. Lefort que la mortalité des femmes en couches dans les hôpitaux est hors de toute proportion avec ce qu'elle est en ville.

Ma première statistique portait sur 6000 accouchements environ, et avec d'aussi faibles ressources j'étais arrivé, il y a dix ans, à la même conclusion, à la même démonstration que M. Lefort qui a mis en œuvre une statistique de deux millions d'accouchements. J'avoue que ce n'est pas sans un certain plaisir que je constate cet accord, car j'y trouve la preuve que mon premier travail avait exprimé la vérité.

Avant d'en finir avec ces statistiques déjà très-longues à entendre, je voudrais bien pouvoir établir quelle est la mortalité des femmes en couches dans les villages et dans les hameaux. Mais ici les matériaux me manquent à peu près complètement ; je fais donc appel à tous ceux qui pourront combler cette lacune. Je crois cependant, si j'en juge par quelques renseignements, qu'on ne meurt pas moins dans les villages que dans les villes. On trouve, en effet, dans Tenon, une note où se trouve relatée la mortalité des femmes en couches dans quarante villages de Prusse, de l'année 1774 à l'année 1776. Pendant ce temps, on y compta 4 mort pour 80 naissances. Je puis encore prendre un autre exemple, celui de mon village où il se fait environ trente accouchements par an d'une manière à peu près régulière. Cela ferait un total de 300 accouchements pour ces dix dernières années ; or, pendant le même laps de temps, je puis assurer que deux femmes en couches y sont mortes de péritonite puerpérale ; soit 4 décès sur 450 accouchements. Si je m'en tenais à ces chiffres, je dirais que la mortalité est aussi grande dans les villages qu'à Paris ; mais pareille conclusion serait prématurée.

Je termine ici ce long exposé que je résumerai ainsi : il est parfaitement démontré que les maladies puerpérales font périr chaque année des milliers de femmes en couches, et on reste certainement au-dessous de la vérité en disant que cette mortalité est au moins huit fois plus considérable à l'hôpital qu'en ville.

M. LÉON LEFORT. Je serais désolé que M. Tarnier pût voir, même à tort, un déni de justice dans la phrase qu'il a citée. J'ai insisté dans les premières pages de mon livre sur la part importante qui revient à notre collègue dans la démonstration de la différence qui existe entre la mortalité des maternités et celle de la ville. Je ne me suis pas contenté d'une citation ; j'ai donné, en les lui rapportant, comme ce n'était du reste qu'un devoir, les chiffres rassemblés par lui en 1858.

Dans une autre partie de mon travail, je manifeste le regret de n'avoir pu trouver en France les éléments d'une histoire médicale de la Maternité de Paris, et je regrette d'avoir trop raison sur ce point. J'avais pu, grâce aux publications faites pour Vienne par Späth et Braun, pour Prague par Naumann, pour Saint-Petersbourg par Hugenberger, pour Moscou par la direction médicale et administrative, pour Dublin par Sinclair et Johnson, résumer l'histoire médicale, la succession des épidémies, de ces divers établissements. Pour Paris, je n'ai rien trouvé, et il n'y a rien de semblable. M. Tarnier nous a donné l'histoire d'une année de la Maternité ; plusieurs de nos collègues d'internat en ont fait autant ; mais on peut à peine sur cinquante

années refaire l'histoire de cinq ou six années, séparées par des intervalles plus ou moins longs.

Pour ce qui concerne la statistique, j'ajoute : qu'en Russie, les observations des malades des hôpitaux, observations rédigées en latin, sont en général appendues aux lits des malades. En ville, chaque médecin inscrit sur un registre à souche les noms des malades qui viennent à mourir dans sa clientèle, et cette feuille est envoyée au médecin d'arrondissement chargé de les centraliser.

En Allemagne, en Angleterre, les observations sont prises avec une rigueur que nous ne connaissons malheureusement pas en France.

M. TARNIER. J'en demande pardon à M. Lefort, mais de ce que chaque médecin a ce registre mortuaire, il ne s'ensuit pas que l'on puisse exactement connaître le nombre des accouchements de la ville.

M. LEFORT. Je ne comprends pas bien l'objection. Les déclarations de naissances, les déclarations de décès sont, comme nombre, exactes dans tous les pays, puisque c'est la constatation de l'état civil qui commence ou qui finit pour l'individu. Ce qu'il importe pour nous, c'est que le décès d'une femme en couches soit ou puisse être rapporté à sa véritable cause. Or, en France, une femme meurt vingt jours après son accouchement, d'une pneumonie puerpérale; le médecin vérificateur des décès qui n'a pas soigné le malade, porte sur sa déclaration : pneumonie. En Angleterre, depuis ces dernières années, en Russie depuis longtemps, la déclaration de décès est faite par le médecin traitant lui-même; de là, je le répète, une rigueur dans la statistique qui peut ne pas être absolue, mais qui est de beaucoup supérieure à ce qui existe à Paris.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 28 MARS 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Giraldès offre, de la part de M. le professeur Sédillot, de Stras-

bourg, la troisième édition de son *Traité de médecine opératoire*.

— M. Larrey fait hommage à la Société d'un ouvrage ayant pour titre : *Essai sur la médecine et la chirurgie militaire*, publié par le docteur William, A. Hammond, chirurgien en chef de l'armée américaine.

— M. A. Guérin fait hommage, de la part de M. le docteur Duménil, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen, de son mémoire sur les paralysies périphériques et spécialement de la névrite, et d'un travail sur le traitement chirurgical de quelques anévrysmes.

— M. le docteur Gouguenheim adresse, pour le prix Duval, deux exemplaires de sa thèse sur les tumeurs anévrysmales des artères du cerveau.

La Société reçoit :

Le Bulletin de l'Académie royale de Belgique ;

La Gazette des Hôpitaux ;

L'Union médicale ;

La Gazette hebdomadaire ;

Le Bulletin médical du nord de la France ;

Le Mouvement médical ;

L'Art dentaire.

RAPPORT.

Décollement de l'épiphyse inférieure du fémur.

M. DOLBEAU fait un rapport verbal sur une observation recueillie à l'hôpital Saint-Pierre de la Martinique, par M. le docteur Rougon, ex-chirurgien de la marine, et conclut en demandant la publication de l'observation dans le *Bulletin*.

La conclusion est adoptée.

Le nommé Jules A..., enfant de douze ans, reçoit sur la partie inférieure de la cuisse gauche, un ballot de cordages lâché d'un second étage : il est renversé et ne peut se relever. Conduit chez lui, des soins lui sont incomplètement donnés ; enfin, trois jours après, il est mené à l'hôpital, à six heures du soir. Application provisoire de compresses résolutives, pour procéder le lendemain, 3 mars 1852, à une observation attentive.

Le membre était gonflé dans toute son étendue : on sentait à la partie externe une saillie osseuse qui soulevait la peau et pouvait au premier moment la perforer. Dans le creux du jarret se sentait aussi une portion d'os qui comprimait les vaisseaux poplités.

Qu'avions-nous devant nous?... Était-ce une luxation ? Mais l'on sentait sur la même ligne le condyle du fémur et la tubérosité articu-

laire du tibia. Était-ce la tête du péroné qui faisait saillie à la partie externe et supérieure de la jambe? On pensait aussi à une fracture intercondylienne: on admettait tout, excepté ce que les faits vinrent éclaircir.

Trois petites escharres occupaient déjà le creux du jarret; la fièvre était modérée, l'état des voies digestives bon... Réduction impossible. Irrigations froides continues, dans l'espoir bien vague d'arrêter ou au moins de modérer le développement des accidents inflammatoires.

Le 8 mars, le facies du malade s'altérait, le pouls augmentait de fréquence; l'escharre supérieure s'était détachée et laissait couler une sérosité sanieuse de mauvaise nature.

L'amputation fut décidée et pratiquée le lendemain, 9 mars, à la partie moyenne de la cuisse, par le chef de service, M. le docteur Mesnard, médecin de première classe de la marine.

Autopsie de l'os séparé. — Les parties molles sont contusionnées, meurtries, déchirées; des ecchymoses occupent les divers faisceaux de fibres, et un pus sanieux s'écoule des incisions.

L'articulation fémoro-tibiale est intacte; seulement, la cavité synoviale renferme 450 grammes de sérosité sanguinolente.

La solution de continuité a lieu au niveau de l'épiphyse qui conserve le cartilage, dépourvu d'arêtes osseuses. On dirait deux calottes hémisphériques concaves et tapissées dans leur creux d'un caillot sanguin. Cette portion épiphysaire joue très-bien sur les tubérosités tibiales et devait, par sa mobilité et son mouvement de bascule, rendre presque impossible le maintien de la réduction, de même qu'il était difficile de faire franchir au fragment supérieur le rebord saillant et de le faire tomber dans la cavité épiphysaire.

C'était le condyle externe qui faisait saillie au dehors; c'était la saillie du condyle interne qui se sentait au creux poplité.

DISCUSSION.

Hygiène des Maternités.

M. TARNIER. Messieurs, dans la dernière séance j'ai montré, preuves en main, que la mortalité des femmes en couches est beaucoup plus considérable dans les Maternités que dans la clientèle particulière. Je suis donc en mesure d'aborder immédiatement le deuxième point du programme que je me suis tracé, en recherchant les causes de cette mortalité.

2^e Quelles sont les causes de la mortalité des femmes en couches?

La cause la plus fréquente de la mort des nouvelles accouchées est incontestablement la fièvre puerpérale, qu'on décrit encore sous les

noms divers de péritonite, de métrô-péritonite, de phlébite utérine. Peu importe d'ailleurs le nom que je lui donne ici, car je n'y discute pas la nature de la maladie et chacun de vous comprend quelles sont les affections que je désigne sous le nom de fièvre puerpérale. Des maladies étrangères pour ainsi dire à l'état puerpéral, font périr, il est vrai, quelques nouvelles accouchées, mais la proportion de ces affections est relativement peu considérable. Une simple assertion suffirait, je pense, et probablement personne ne me contredirait, mais j'aime mieux m'appuyer sur des chiffres. En admettant qu'en pareille matière une statistique régulière soit possible, voici ce qu'elle nous apprend :

En 1862, un relevé fait dans la plupart des hôpitaux de Paris, donne les résultats suivants pour les femmes en couches :

Décès par affections puerpérales. . . .	484
Décès par maladies diverses.	85

A ce premier tableau, qui émane de l'administration de l'Assistance publique, M. Le Fort a ajouté un relevé qu'il emprunte à Späth et que je crois également utile de reproduire.

Décès par affections puerpérales. . . .	210
Décès par maladies diverses.	26

Ces deux statistiques réunies prouvent que le rapport des maladies de toute espèce est aux maladies puerpérales dans la proportion de 4 à 6.

Examinons maintenant quelles sont les causes des maladies puerpérales, ou si l'on veut, de la fièvre puerpérale. Ces causes sont assurément multiples, difficiles à bien apprécier dans leur ensemble; il importe cependant de trouver les plus communes et par conséquent les plus dangereuses. On a tour à tour invoqué les saisons, la primiparité, la longueur du travail et les difficultés de l'accouchement. Je ne mentionne ainsi que les questions principales de cette étiologie, qui a été fort bien étudiée par M. Lasserre; j'ai fait autrefois de nombreux emprunts à la thèse de cet auteur, et plus récemment, M. Le Fort la prenait comme modèle. Je passerai donc rapidement sur des faits bien connus, sans m'arrêter aux détails.

Saisons. — Tous les mois de l'année ont présenté des épidémies; elles ont éclaté pendant toutes les températures, au milieu de toutes les conditions hygrométriques et atmosphériques. Suivant M. Lasserre, le relevé des épidémies qui ont sévi à la Maternité de Paris pendant douze années consécutives, de 1830 à 1841, montre qu'aucune saison ne met à l'abri de la fièvre puerpérale. Dans le même laps de temps,

les six mois froids de l'année [ont fourni une mortalité de 868 décès sur 48,408 accouchements; soit 1 sur 50. Les six mois chauds, sur 45,956 accouchements, ont donné 455 décès, soit 1 sur 34. Des recherches analogues faites par M. Hervieux, répétées par M. Le Fort, il résulte bien évidemment que la mortalité des nouvelles accouchées est plus considérable pendant les saisons froides et qu'elle s'affaiblit dans les mois les plus chauds. Cette différence tient, je crois, moins à la température qu'au renouvellement de l'air qui se fait plus difficilement en hiver qu'en été.

Primiparité. — C'est un fait bien connu aujourd'hui, que les femmes primipares sont plus exposées que les multipares à la fièvre puerpérale. M. Lasserre, sur 4,025 primipares, a vu 66 décès, et sur 4,344 multipares, 24 décès seulement. Les recherches de M. Botrel, de M. Charrier, les miennes, celles de M. Le Fort, confirment la même remarque.

Accouchements difficiles. — Les accouchements longs, difficiles, ceux qui réclament une intervention chirurgicale, sont certainement plus souvent suivis de péritonite mortelle que les accouchements naturels, tout le monde est d'accord à ce sujet; on peut donc se demander si la mortalité plus grande des hôpitaux ne tient pas en partie à ce que les cas difficiles viennent s'y accumuler, tandis que les accouchements naturels se font dans la ville. A cela il faut répondre que, même dans une Maternité, les opérations sont relativement rares et que leur gravité n'a qu'une très-faible influence sur la mortalité générale. M. Le Fort l'a nettement indiqué avec une statistique empruntée aux hôpitaux de Vienne. Ne voyons-nous pas d'ailleurs, à Paris, que les hôpitaux les plus malheureux ne sont pas ceux où sont dirigés de préférence les accouchements difficiles? Un seul hôpital fait peut-être exception; je veux parler de la Clinique, où de tous les quartiers de Paris on amène des femmes qui ont déjà subi chez elles des opérations restées sans résultat, et M. Depaul est obligé de terminer l'accouchement au milieu de conditions qui avaient souvent compromis par la vie de la femme. La mortalité de l'hôpital des Cliniques est donc grossie par les accouchements qui viennent de l'extérieur, et malgré cela, elle y est encore bien moins considérable qu'à Saint-Antoine et à Lariboisière, qui n'attirent cependant qu'un nombre très-restreint d'accouchements difficiles.

Jusqu'ici rien ne nous a révélé la cause de la différence de la mortalité dans la ville et dans les hôpitaux. Tiendrait-elle par hasard à la détresse physique et aux conditions morales dans lesquelles vivent les femmes qui cherchent un refuge dans les Maternités?

Détresse physique. — Sans aucun doute la population des hôpi-

taux se recrute dans une classe misérable, mal logée, mal nourrie, épuisée depuis longtemps, qui doit par conséquent mal résister aux maladies. C'est évidemment là un fait général. Mais ces conditions déplorables se retrouvent au plus haut degré dans les bureaux de bienfaisance, où les accouchements donnent cependant des résultats extrêmement satisfaisants. D'ailleurs, la même population accouche quelquefois très-heureusement dans un hôpital où ne règne pas la fièvre puerpérale, pendant qu'elle est décimée là où sévit la maladie. Sans que la misère diminue, la santé peut être partout excellente; sans qu'elle augmente, la mortalité devient parfois effroyable. J'accorde volontiers que la misère est une cause adjuvante des maladies puerpérales, mais à elle seule elle n'engendre pas la mort.

Détresse morale. — Un raisonnement analogue peut être fait pour les conditions morales des femmes enceintes. Quand une femme mariée se rend à l'hôpital, elle regrette, a-t-on dit, de quitter son mari et ses enfants; mais les filles-mères sont bien plus malheureuses encore, parce qu'elles sont tourmentées par le regret de la faute commise, le repentir, la crainte de ne pas pouvoir élever leurs enfants, le désespoir d'être obligées de les abandonner. Au milieu d'un semblable affaissement moral, la mort doit donc faire de bien nombreuses victimes, surtout parmi les filles-mères. La statistique est invoquée et elle répond qu'effectivement les filles-mères succombent en plus grand nombre que les femmes mariées. Ainsi, à Lyon, les services exclusivement réservés aux femmes mariées sont moins éprouvés, moins meurtriers que les services réservés aux filles-mères. Il est vrai que cette séparation amenant forcément des conditions différentes dans l'hygiène générale, la preuve n'est pas complète. Mais à Paris, où les femmes mariées et les filles-mères occupent les mêmes salles, la mortalité est moins grande parmi les premières que parmi les secondes. C'est ce que démontre la statistique suivante dont les éléments, puisés à la Maternité, m'ont été communiqués par l'administration de l'Assistance publique :

1861 :

Femmes mariées. 342 accouch. 29 décès = 8,48 0/0 = 1 s. 11,79.
Filles-mères 4,773 — 249 — = 12,35 0/0 = 1 s. 8,10.

1863 :

Femmes mariées. 404 accouch. 39 décès = 9,65 0/0 = 1 s. 10,36.
Filles-mères 4,602 — 237 — = 11,79 0/0 = 1 s. 6,76.

1865 :

Femmes mariées. 276 accouch. 29 décès = 10,51 0/0 = 1 s. 9,51.
Filles-mères 4,254 — 281 — = 22,41 0/0 = 1 s. 4,46.

Si ces résultats ne sont pas un jour démentis par une statistique plus complète, il est donc démontré que les filles-mères meurent en plus grand nombre que les femmes mariées. C'est là une vérité dangereuse à dire, parce qu'on sera enclin à y attacher trop d'importance et à y trouver la cause irrémédiable de la fièvre puerpérale. Je me hâte donc de rappeler que les décès de femmes mariées sont cependant encore effroyables en nombre : 1 sur 11 en 1861, 1 sur 10 en 1863, 1 sur 9 en 1865. Ces chiffres restent lamentables, quand on les compare à ceux de la ville. Je répéterai enfin qu'à certaines époques les filles-mères guérissent toutes malgré leur mauvais état moral. Faisons donc la part de la détresse morale, mais n'y cherchons pas la cause principale des maladies puerpérales.

Ce que j'ai dit jusqu'ici de l'étiologie n'éclaire pas suffisamment la question, il faut donc trouver d'autres explications plus satisfaisantes.

La fièvre puerpérale est-elle purement sporadique ? Mais pourquoi, dans cette hypothèse, la mortalité serait-elle plus grande à l'hôpital qu'en ville.

La fièvre puerpérale est-elle épidémique ? L'influence épidémique a été trop souvent invoquée pour que nous ne lui accordions pas quelque importance. Sous l'influence d'une cause inconnue dans sa nature, on voit la fièvre puerpérale sévir avec une intensité et une gravité singulières, soit dans telle ou telle Maternité, dans tel ou tel pays en particulier, soit dans toutes les contrées du globe, comme en 1849, ainsi que l'a dit M. Danyau. On pourrait facilement citer d'autres exemples d'épidémie de fièvre puerpérale ; cependant je dois dire que notre collègue M. Le Fort ne croit pas à ces épidémies qu'il traite de chose imaginaire, et d'un trait de plume il les condamne à rentrer dans le néant. M. Le Fort a été conduit à une opinion aussi radicale par la comparaison de la mortalité dans les différents hôpitaux d'une même ville, Paris et Saint-Petersbourg par exemple.

Les tracés graphiques de la mortalité pour l'hôpital des Cliniques et la Maternité suivent, d'après M. Le Fort, des courbes tellement différentes, qu'il est impossible de songer à une même influence épidémique. Malgré toute ma bonne volonté je ne puis cependant pas oublier qu'il y a quelques semaines à peine la fièvre puerpérale régnait en même temps à la Clinique, à la Maternité et à Cochin. Je ne suis donc pas aussi convaincu que M. Le Fort, même après avoir attentivement examiné ses tracés graphiques, car les lignes de mortalité, sans être parallèles, s'y rapprochent souvent, puis ça et là montrent tout à coup des écarts singuliers qui semblent nous avertir que l'influence épidémique n'est pas la seule à invoquer dans l'étiologie. Je crois aux épidémies de fièvre puerpérale, mais je déclare bien net qu'elles doivent s'appes-

tir aussi bien sur la ville que sur l'hôpital. Elles peuvent donc nous expliquer pourquoi certaines années sont si funestes aux femmes en couches, mais elles nous laissent tout à fait ignorer pourquoi la mortalité est plus grande à l'hôpital qu'en ville.

Infection et contagion. — Les maladies puerpérales, quoique épidémiques, peuvent obéir à d'autres influences telles que l'infection et la contagion que je me garderai bien de définir. C'est une discussion de mots que de chercher à séparer l'infection de la contagion lorsque l'empoisonnement est produit par des émanations qui proviennent d'un organisme malade, et qui vont engendrer une maladie semblable à celle qui en a été le foyer primitif. J'adopterais cependant volontiers la manière de voir de M. Hervieux ; selon ce médecin, quand plusieurs accouchées sont réunies dans une même salle, si toutes se portent bien il n'y a pas infection, bien que l'air soit vicié ; mais si l'une d'elles devient malade, un élément toxique nouveau est produit et ce miasme, puisqu'il faut l'appeler par son nom, empoisonne bientôt le milieu dans lequel vivaient les nouvelles accouchées ainsi que le mobilier de la salle, et la maladie se propage aux femmes restées saines jusque-là. L'infection serait donc un empoisonnement de l'air, des objets de literie, des murs, du plafond, du parquet, qui retentirait par contre-coup sur les femmes restées bien portantes.

L'infection ainsi comprise, m'amène à parler de l'encombrement ainsi que des grandes et des petites Maternités. Il est clair en effet que partout où les malades seront agglomérées, l'infection fera des victimes plus nombreuses, et que pour la même raison la mortalité sera plus forte dans les grandes Maternités que dans les petites. Toutes les statistiques sont là pour prouver que la réunion dans un même lieu d'un grand nombre de malades est déplorable au point de vue de l'hygiène.

La contagion serait comme l'infection un empoisonnement transmis d'une malade à une femme saine, mais ici le mode de transmission serait différent. Le poison passerait directement d'une femme à une autre, sans avoir besoin d'être répercuté par les objets environnants ; et je ne vois pas comment on pourrait nier cette transmission directe si l'on admet la transmission par infection, c'est-à-dire par l'intermédiaire de la salle et de son mobilier. Entre les deux, il n'y a pas de différence radicale.

Les miasmes peuvent encore être transportés à une distance plus ou moins considérable par des tiers : médecins, chirurgiens, accoucheurs, sages-femmes, élèves, infirmiers.... C'est là un mode de propagation qu'il est très-intéressant d'étudier ; malheureusement cette contagion médiate n'est pas facile à démontrer dans les hôpitaux, car

chaque fois qu'elle se produit, on se trouve en même temps dans des conditions favorables à l'infection, et il est impossible de faire la part qui revient à chacune d'elles. Il faut donc chercher des exemples probants dans la clientèle particulière où des difficultés d'un autre genre obscurcissent le problème ; je rappellerai cependant deux faits observés et publiés par M. Depaul. Dans ces deux circonstances, M. Depaul ayant fait un accouchement quelques moments après avoir pratiqué une autopsie de femme morte de fièvre puerpérale, des accidents mortels apparurent bientôt chez ces deux accouchées qui succombèrent promptement. On comprend jusqu'à un certain point que dans un cas pareil, l'empoisonnement soit facile, car chacun sait avec quelle persistance l'odeur de l'autopsie imprègne les mains malgré les lavages les mieux faits. De pareils malheurs ont toujours été exceptionnels, et deviendront maintenant impossibles parce que le public médical est prévenu du danger. A propos de ces faits il convient aussi de parler de l'opinion du docteur Arneth et de Semelweis, qui ont pensé que des étudiants quittant un amphithéâtre de dissection pour venir dans une salle d'accouchements pouvaient introduire des matières septiques en pratiquant le toucher et produire ainsi un empoisonnement mortel. Je ne crois pas à ce dernier mode de propagation des maladies puerpérales ; s'il en était ainsi, les Maternités exclusivement réservées aux élèves sages-femmes devraient offrir une mortalité beaucoup moins considérable que celles qui sont affectées aux étudiants, et il n'en est rien. D'un autre côté, si je compare la mortalité relativement faible de l'hôpital des Cliniques où les femmes sont touchées par un grand nombre d'étudiants, à la mortalité plus considérable de l'hôpital Saint-Antoine et Lariboisière où les malades ne sont pas ou sont trop peu touchées, je refuse de croire à l'introduction et à l'absorption des matières septiques au moment du toucher vaginal.

Je reviens au transport de la maladie par le médecin ou la sage-femme ; des faits ont été cités en assez grand nombre par MM. Paul Dubois et Danyau (4) ; ils ont été reproduits par M. Le Fort. Ils semblent d'ailleurs tous calqués sur le même modèle. Toujours on y voit un médecin ou une sage-femme perdre dans sa clientèle plusieurs nouvelles accouchées de suite, pendant que dans les clientèles voisines, faites par d'autres personnes, les accouchements ne sont suivis d'aucun accident. De pareilles remarques ne suffisent pas à un point de vue rigoureusement scientifique ; mais je crois à ces faits pour mon compte personnel, parce qu'une pareille croyance ne peut avoir

(4) *Bulletin de l'Académie*, 1858.

aucun inconvénient, et qu'elle force les médecins à prendre toutes les précautions imaginables contre ce mode de contagion, qui peut être vrai dans quelques circonstances. Ce qu'il faut regretter, c'est qu'une fois sur cette pente on glisse facilement vers l'exagération. Que de fois, par exemple, n'ai-je pas entendu accuser M. Danyau, pendant qu'il était chirurgien en chef de la Maternité, d'emporter avec lui la fièvre puerpérale dans la ville. Or, la vérité est que M. Danyau ne visitait que la salle d'accouchements, mais qu'il ne voyait jamais à l'hôpital une seule femme accouchée, bien portante ou malade, et qu'il ne mettait jamais les pieds à l'amphithéâtre où se pratiquaient les autopsies.

En résumé, la contagion pourrait s'opérer par trois modes différents : 1° Directement de malade à malade ; 2° Par le transport du principe contagieux par un tiers ; 3° Par le fait de l'hôpital qui répercuterait le poison dont il aurait été saturé par les malades. Selon moi, la contagion ainsi comprise, joue un grand rôle dans la mortalité observée dans les hôpitaux, et rend parfaitement bien compte de la différence qui existe entre les décès de la ville et ceux des Maternités. C'est seulement en acceptant ces idées qu'on arrive à une explication satisfaisante de l'étiologie de la fièvre puerpérale. Ne voit-on pas, en effet, qu'en ville la contagion doit être à peu près impossible, puisque les nouvelles accouchées sont forcément séparées des unes des autres, tandis qu'à l'hôpital tout semble fait pour favoriser le développement du principe contagieux.

L'idée de la contagion est depuis longtemps acceptée à l'étranger, ce n'est que plus tard qu'elle a pénétré en France ; elle a cependant été défendue par MM. Danyau et Depaul, en 1858, à propos de la discussion sur la fièvre puerpérale ; j'avais, de mon côté, consacré la plus grande partie de ma thèse inaugurale à la défense de la même opinion. Depuis dix ans la doctrine de la contagion a fait de très-nombreux partisans ; l'évidence des faits avait dissipé le doute, et je crois être dans le vrai en affirmant que depuis un certain temps la propagation des maladies puerpérales par contagion avait rencontré en France beaucoup plus de défenseurs que d'adversaires. C'est donc bien à tort que M. Le Fort nous gourmande à ce sujet et nous reproche de laisser ces idées se développer à l'étranger, y préparer le progrès et de fermer systématiquement les yeux devant la lumière. La cause que M. Le Fort défend aujourd'hui avec ardeur est bonne, sans aucun doute, mais elle était déjà gagnée depuis plusieurs années.

Pour compléter l'étude de l'étiologie, il est curieux et important de rechercher quelles sont les femmes qui, dans le même hôpital, sont les plus exposées à la fièvre puerpérale, quelles sont celles qui doi-

vent, au contraire, échapper, presque à coup sûr, à ce fléau. Plus une femme s'éloigne du moment de son accouchement et plus le danger diminue pour elle. C'est du moins ce qui résulte d'un tableau où j'ai noté l'époque de l'invasion des accidents :

Immédiatement ou peu après l'accouchement.....	21 fois.
Un jour après l'accouchement	27 —
Deux jours après	20 —
Trois jours après	41 —
Quatre jours après.....	4 —
Cinq jours après.....	1 —
Six jours après.....	0 —
Sept jours après.....	0 —
Huit jours après.....	3 —
Après le huitième jour	0 —

Ces recherches ont été faites, il est vrai, pour une seule année; elles montrent néanmoins bien clairement que, le plus souvent, c'est dans les trois premiers jours qui suivent l'accouchement que se déclare la fièvre puerpérale; plus rarement la maladie commence du cinquième au huitième jour; nous ne l'avons jamais vue naître après cette époque. Des exceptions pourront être citées, sans aucun doute, mais je maintiens que le début de la maladie éclate rarement après le huitième jour. Cette remarque sera utilisée quand je parlerai de l'aménagement des Maternités.

Les femmes enceintes opposent de même une très-grande résistance au développement de la fièvre puerpérale. J'ai soutenu jadis l'opinion contraire; mais j'y renonce, et je confesse aujourd'hui mon erreur. J'ai ainsi changé d'avis en 1862; j'avais été convaincu par M. Pajot qui dirigeait alors le service de la Clinique en remplacement de M. Dubois. Une épidémie grave ayant éclaté, M. Pajot, pour diminuer dans la salle le nombre des accouchées y fit placer des femmes enceintes qui se trouvaient ainsi dans le rapport le plus complet avec des femmes malades. Or, pendant que les nouvelles accouchées mouraient en très-grand nombre, pas une femme enceinte ne devint malade. La démonstration me paraît évidente; elle trouvera cependant des contradicteurs, au milieu desquels j'aurai le regret de compter M. Depaul; je sais aussi que M. Hervieux, par exemple, avait vu bon nombre de femmes enceintes devenir malades avant d'accoucher. Mais jusqu'à ce que ces observations soient publiées je les regarderai comme non avenues. Qu'on m'apporte d'ailleurs, si l'on veut, quelques observations éparses çà et là, et péniblement réunies,

je leur opposerai des centaines et des milliers d'observations de mort chez les nouvelles accouchées. Je persisterai donc à croire à l'immunité presque complète des femmes enceintes.

L'acclimatement ou séjour à l'hôpital pendant un laps de temps plus ou moins considérable, avant l'accouchement, avait paru, d'après quelques recherches, exercer une influence favorable sur la décroissance de la mortalité. M. Lasserre avait attiré l'attention sur ce point et en avait donné le résumé suivant :

Plus de huit jours à l'hôpital.	794	femmes,	48	décès.
Moins de huit jours.	528	—	47	—
Entrées à l'hôpital en travail.	4,020	—	52	—

MM. Botrel et Charrier avaient confirmé les recherches de M. Lasserre; de mon côté, j'étais arrivé à peu près au même résultat. Ainsi, sur 4,868 femmes accouchées dans les dix premiers jours qui ont suivi leur entrée à la Maternité dans l'année 1856, 420 succombèrent, soit 2 sur 20, tandis que sur 351 femmes qui séjournèrent à l'hôpital pendant plus de dix jours, 9 seulement succombèrent, soit 2 sur 76. Je m'étais donc cru autorisé à affirmer que l'acclimatement était favorable aux femmes qui viennent demander un refuge dans les Maternités, et qu'il fallait favoriser autant que possible leur entrée quelques jours avant l'accouchement. C'était là un moyen simple de prophylaxie. Malheureusement, ma statistique était fondée sur un trop petit nombre de chiffres, et M. Hervieux, en voulant vérifier ces résultats, a trouvé qu'ils étaient faux. Il résulte en effet d'un relevé statistique fait à la Maternité sur la demande de M. Hervieux, pour une période de dix ans, que la proportion des femmes mortes après avoir séjourné dans l'hôpital quelque temps avant l'accouchement est notablement supérieure à la proportion des femmes accouchées le jour de leur entrée. Ainsi, sur 24,029 femmes admises à la Maternité de l'année 1855 à l'année 1864 inclusivement, on compte 8,423 femmes accouchées le jour même de leur admission, et 12,906 ayant séjourné dans la maison de deux jours à un mois et plus avant leur accouchement. Or, sur le chiffre de 8,423 il y eut 564 décès, sur le chiffre de 12,906 on relève 4,208 décès, ce qui nous donne une mortalité de 6,82 pour 100 pour les femmes accouchées le jour de leur entrée et de 9,35 pour 100 pour celles qui avaient préalablement séjourné dans la maison.

Pour décider cette question, j'ai demandé à l'administration de l'Assistance publique un nouveau travail qui rend compte du mouvement de la Maternité de l'année 1860 à l'année 1865. On y trouve les chiffres suivants :

Femmes accouchées le jour de leur entrée.....	4187
Décès	427
Proportion.....	10,20 0/0.
Femmes accouch. dans les 8 jours qui ont suivi leur entrée.	4597
Décès.....	604
Proportion.....	13,44 0/0.
Femmes ayant séjourné plus de huit jours.....	4969
Décès.....	254
Proportion.....	12,90 0/0.

Il résulterait de ce tableau que la mortalité serait surtout considérable chez les femmes qui accouchent dans les huit jours qui suivent leur admission à l'hôpital; qu'elle diminuerait un peu chez les femmes dont le séjour à l'hôpital avant l'accouchement aurait duré plus de huit jours; qu'elle serait enfin moins considérable encore pour les femmes qui accouchent le jour de leur entrée. J'ai donné les chiffres tels que je les avais, mais après avoir commis une erreur au profit de l'acclimatement, je ne me sens pas la hardiesse de conclure en sens contraire, et je reste dans le doute jusqu'à plus ample information.

Je ne veux pas fatiguer plus longtemps votre attention en agitant de nouvelles questions d'étiologie restées indécises jusqu'ici; la seule vérité démontrée, c'est que la contagion ou l'infection, que je ne veux pas séparer à dessein, est la cause des ravages exercés par la fièvre puerpérale dans les Maternités. Si cette conclusion devait être attaquée, j'en changerais volontiers les termes pour éviter toute controverse, et je dirais, sûr cette fois de ne pas me tromper: c'est l'hôpital qui, dans son ensemble, engendre une mortalité excessive; c'est dans la ville, au contraire, que la mortalité est aussi faible que nous puissions le souhaiter dans les conditions actuelles de la vie humaine.

Le problème se trouve de cette façon singulièrement simplifié. Pour le résoudre il me suffit de dire en quoi les conditions de l'hôpital diffèrent de celles de la ville: à l'hôpital les malades sont réunies en plus ou moins grand nombre dans une même salle, où les accouchées se succèdent sans interruption. Les femmes ainsi agglomérées réagissent d'une manière fâcheuse les unes sur les autres, et les miasmes qui se dégagent ne tardent pas à empoisonner la literie, le parquet, les murs qui deviennent pour ainsi dire malades, à leur tour, aptes par conséquent à perpétuer la maladie.

En ville, au contraire, chaque femme a une chambre isolée et celle-ci ne sert qu'une fois, par hasard, à un accouchement. Ici la nouvelle

accouchée n'a pas de voisine qui puisse être contaminée, et si par malheur elle est atteinte de fièvre puerpérale, c'est là un fait qui reste isolé.

Je suis donc conduit par l'observation et la logique, à expliquer la mortalité des Maternités par deux causes principales : 1° la réunion de plusieurs accouchées dans une même salle; 2° l'occupation successive du même logement et du même lit par plusieurs accouchées. En formulant ainsi ma pensée, il est bien entendu que je veux appeler l'attention sur les points principaux de l'étiologie de la fièvre puerpérale, sans oublier toutefois l'influence secondaire des autres causes précédemment étudiées.

Un dernier point reste à traiter pour terminer cette communication :

3° *Quelle est la prophylaxie applicable aux maladies puerpérales ?*

Avant de proposer aucune règle hygiénique, permettez-moi, Messieurs, de remonter au siècle dernier et d'y constater l'état où se trouvaient les nouvelles accouchées qui demandaient asile dans un hospice. Tenon nous en a laissé une peinture si exacte, que je tiens à citer un passage de son livre. « L'emploi des femmes grosses, dit « Tenon, renferme 67 grands lits et 37 petits; (les grands lits avaient « 4 pieds 4 pouces de largeur; les petits avaient 3 pieds de largeur); « ils étaient occupés, le 12 janvier 1786, par 175 femmes grosses ou « accouchées, et par 16 femmes de service. La situation des nouvelles accouchées est encore plus déplorable; elles sont de même « deux, trois, quelquefois quatre dans le même lit, les unes à une « époque de leurs couches, les autres à une autre époque. N'est-ce « pas dans ces lits que sont confondues les accouchées saines avec « les malades, avec celles qui sont atteintes de la fièvre puerpérale « qui en fait tant périr? Quelle santé tiendrait à cette affreuse situation? Quelle maladie n'en serait pas accrue? Enfin qu'on « trouve ces lits de souffrances, il en sort, comme d'un gouffre, des « vapeurs humides, chaudes, qui s'élèvent, se répandent, épaississent l'air, lui donnent un corps si sensible, que le matin, en hiver, « on le voit s'entrouvrir à mesure qu'on le traverse, et on ne le traverse point sans un dégoût qu'il est impossible de surmonter. »

La mortalité des femmes en couches placées dans cette situation déplorable, était de 4 sur 15, et vous la voyez encore aujourd'hui, à la Maternité et dans la plupart des hôpitaux atteindre le chiffre de 4 sur 19. Elle est donc presque aussi grande que du temps de Tenon; cependant nos hôpitaux ont été transformés, ont subi de très-nombreuses améliorations; les salles sont belles, vastes, bien aérées, bien

eclairées ; les lits y sont placés en nombre restreint, et depuis longtemps chaque lit ne reçoit qu'une malade. Si malgré tant de progrès, la mortalité reste effrayante, c'est que nos hôpitaux présentent encore un vice fondamental et que le mal n'a pu être attaqué dans sa racine. Les salles actuelles sont belles, il est vrai, mais les nouvelles accouchées y sont réunies en plus ou moins grand nombre, exposées par conséquent à tous les inconvénients inséparables de la vie en commun. La nuit, c'est un bruit continuel causé par les gens de service, par le transport des nouvelles accouchées qui arrivent de la salle d'accouchements, et par-dessus tout, ce sont les cris des enfants nouveau-nés qui éclatent de tous côtés et à tue-tête. Qu'un seul enfant se mette à crier, il est bientôt accompagné par d'autres et toute la salle est éveillée. A quatre heures du matin on commence le nettoyage de la salle ; on fait les lits, etc. Il faut avoir entendu soi-même tout ce vacarme pour bien comprendre que le sommeil des femmes est perpétuellement troublé. Ajoutons à cela la terreur causée par les plaintes des malades, par le spectacle de l'agonie et de la mort, et nous comprendrons l'influence désastreuse d'aussi mauvaises conditions. La réunion des accouchées dans une même salle, ou dans des salles qui communiquent les unes avec les autres, expose enfin au danger immédiat de la fièvre puerpérale qui sera transmise par infection ou par contagion. Qu'une seule femme soit malade, et les miasmes qu'elle exhale pourront se répandre dans la salle entière. Il se produit alors ce qui arriverait si un fragment de musc était placé dans une de ces salles : des molécules innombrables, quoique invisibles, y révéleraient bientôt et partout la nature de la substance odorante. Quoique insaisissable pour nos sens, l'élément toxique des maladies puerpérales se disperse aussi facilement que le fait le musc, et va semer partout des germes de mort. Pour toutes ces raisons, les salles communes sont mauvaises ; il faut au contraire isoler les nouvelles accouchées, les séparer les unes des autres, se rapprocher en un mot, autant que possible de ce qui se passe dans la clientèle de la ville. Une chambre d'hôpital dont l'isolement serait complet, assurerait, en effet, le repos de la femme qui y serait placée et la préserverait de la contagion par dissémination des miasmes.

Les hôpitaux étaient autrefois occupés sans aucune interruption par des malades ; les salles, murs et mobilier, saturées à la longue par les exhalaisons miasmatiques, étaient ainsi transformées en foyers perpétuels d'infection. Pour remédier à des dangers aussi évidents, on a institué dans quelques hôpitaux le système de l'alternance : chaque salle est à tour de rôle évacuée, lavée, ventilée, remise à neuf. L'alternance a produit d'heureux résultats dans l'

plupart des hôpitaux de femmes en couches, où elle a été mise en pratique. A l'hôpital de Dublin, pour lequel je n'ai pas de renseignements précis, la mortalité est assez faible, grâce à une alternance très-sévère. Ce roulement n'est déjà plus une chose nouvelle pour notre pays; il a été établi à Rouen, où il donne les meilleurs résultats, sous la direction de notre confrère M. Hellot. La mortalité y était autrefois de 5 sur 100, ou de 4 sur 20. Depuis que l'alternance y est établie, la mortalité y est de 4 sur 133. Voici, dit M. Malgaigne, l'organisation nouvelle: il y a quatre salles garnies de 10 à 12 lits, total 50 lits, séparés les uns des autres par un espace de 2 mètres 50 centimètres. Lorsqu'une ou deux de ces salles ont été occupées un certain temps, d'abord on cesse d'y recevoir des malades qui sont admises dans les salles jusque-là restées vides; puis à mesure qu'une femme arrive à sa guérison, on la renvoie, et quand il n'en reste plus qu'une, on la transfère dans les autres salles. Les salles évacuées sont livrées aux ouvriers pour nettoyer la literie et la salle même; la laine des matelas est nettoyée, peignée, cardée, la plume épurée; les rideaux blanchis. Il faut ajouter qu'en outre de cet assainissement général, après chaque accouchement on carde les matelas.

L'alternance peut, sans aucun doute, produire d'excellents résultats, la Maternité de Rouen en est un exemple, mais pour obtenir de ce système des avantages réels, il faut qu'il soit institué avec une très-grande sévérité. Le roulement doit être combiné de telle sorte qu'une salle soit évacuée le plus souvent possible; en un mot, l'alternance doit se faire à courte échéance. Le repos de la salle et l'ouverture des fenêtres seraient insuffisants, si on ne procédait pas en même temps à un lavage et à un nettoyage complets, aussi bien pour les murs que pour les parquets. Je me suis assuré, en effet, que ceux-ci recèlent habituellement, entre les planches dont ils sont formés, des amas d'une poussière qui envahira et empoisonnera la salle aussitôt qu'elle sera occupée de nouveau. Pour éloigner ce danger il serait à souhaiter que le parquet fût recouvert d'une couche d'asphalte ou d'une toile cirée qu'on pourrait laver à grande eau. Tout le mobilier y compris les rideaux, les lits eux-mêmes et leurs sommiers, tout le mobilier en un mot, sans exception, doit être momentanément enlevé pour être nettoyé et lavé. Ce n'est qu'avec des soins aussi minutieux qu'on pourra se flatter d'avoir des salles véritablement remises à neuf. Une propreté parfaite est de rigueur; malheureusement j'ai pu me convaincre que rien n'est plus difficile à obtenir des gens de service, sans une surveillance de tous les instants, des plus actives et des plus intelligentes.

Le système de l'alternance fonctionne à Paris dans deux hôpitaux

de femmes en couches, la Maternité et Cochin. Son influence y a été peu salubre et n'a pas fait baisser sensiblement le chiffre de la mortalité, il faut en conclure ou que l'alternance est insuffisante par elle-même, ou qu'elle n'a pas été exécutée avec assez de sévérité.

Il y a quelques jours à peine, M. Husson, directeur de l'Assistance publique, informé qu'une discussion allait s'engager sur l'hygiène des maternités, m'invitait à visiter avec lui la Maison d'accouchements et Cochin; j'en ai profité pour faire quelques remarques sur l'état actuel de ces hôpitaux.

Il y a dix ans, à la Maternité, deux grandes salles de vingt-quatre ou vingt-huit lits, l'une au premier, l'autre au deuxième étage, étaient occupées par les nouvelles accouchées. Les lits y étaient rangés sur les deux côtés; entre chaque lit s'élevait une cloison allant du parquet au plafond. Chaque malade avait ainsi une sorte d'alcôve ou de box sans aucune séparation avec le milieu de la salle. Avec une pareille disposition la ventilation était toujours imparfaite, et les malades étaient toutes exposées aux miasmes répandus dans le milieu de la salle; jamais l'alternance n'y avait été essayée.

Dans le courant de l'année dernière, des améliorations nombreuses ont été apportées à cet état de choses. Les grandes salles d'autrefois ont été séparées, au moyen de portes vitrées, en quatre petites salles de six lits chacune, placées en enfilade. L'alternance y est maintenant instituée dans l'ordre suivant : la première et la troisième salle sont occupées pendant que la deuxième et la quatrième sont vides, et réciproquement; jamais deux salles contiguës ne contiennent de nouvelles accouchées en même temps. Le roulement se fait tous les deux mois.

Quand une nouvelle accouchée devient malade, elle est immédiatement transportée dans une infirmerie séparée.

Une cheminée est placée au milieu de chaque salle, on y entretient nuit et jour un feu de charbon de terre. Des cabinets avec cuvettes à l'anglaise, ne laissant rien à désirer comme propreté, ont remplacé les latrines infectes d'autrefois.

Ce sont là de grandes et incontestables améliorations, et quiconque visitera cet hôpital déclarera qu'il est bien tenu. La mortalité y est cependant effrayante :

En 1865 : 804 accouchements, 48 décès 5,97 0/0.

Janvier 1866 : 402 accouchements, 8 décès 7,84 0/0.

Pour corriger un peu une statistique aussi défavorable, il est juste de dire qu'en 1865 huit femmes y sont mortes du choléra; mais en 1866, l'influence désastreuse des maladies puerpérales étant exclusive, la mortalité a encore atteint le chiffre des plus mauvais jours.

Comment expliquer de pareils revers malgré les améliorations dont j'ai parlé? C'est que l'aménagement de la Maternité est loin d'être irréprochable : les salles y sont placées sur une même enfilade, et à chaque instant les personnes du service les traversent d'un bout à l'autre, entraînant avec elles des masses d'air empoisonné ; le nombre de mètres cubes d'air destinés à chaque malade y est insuffisant ; enfin l'infirmerie des femmes atteintes de fièvre puerpérale est dans le même bâtiment que la salle des nouvelles accouchées bien portantes. Je n'ai d'ailleurs visité l'hôpital qu'une fois, et il est probable que M. Trélat nous fera connaître d'autres causes d'insalubrité qui m'auraient forcément échappé.

Si de la Maternité nous passons à l'hôpital Cochin, nous trouvons un pavillon nouvellement bâti pour servir de Maternité. On a essayé sans aucun doute d'y réaliser toutes les conditions favorables et d'en faire un hôpital modèle. Malheureusement la bonne volonté ne suffit pas, et l'hôpital Cochin présente de graves défauts. Qu'on se représente un bâtiment unique au centre duquel se trouve une large cage d'escalier allant du rez-de-chaussée au dernier étage. Au rez-de-chaussée s'ouvrent deux portes, l'une à droite, l'autre à gauche ; elles conduisent dans des salles de dix lits. Au premier étage on trouve une disposition exactement semblable. Le deuxième étage contient des chambres à un lit qui s'ouvrent sur un corridor qui débouche lui-même sur l'escalier. Les lits sont largement espacés ; chaque malade est entourée par 72 mètres cubes d'air. Quant au roulement de cet hôpital il est établi d'après les règles suivantes : des quatre salles placées tant au rez-de-chaussée qu'au premier étage, trois seulement sont occupées en même temps, pendant que la quatrième est évacuée d'après le système de l'alternance. Quand une nouvelle accouchée devient malade, elle est transportée dans l'une des petites chambres du deuxième étage. Je reproche à cet hôpital de réunir un trop grand nombre d'accouchées dans la même salle. En outre, l'alternance s'y fait à de trop longs intervalles, car ce n'est qu'après avoir reçu des accouchées pendant six mois de suite, qu'une des salles est évacuée et ventilée pendant deux mois. Enfin, et c'est peut-être ici le vice fondamental, les salles du rez-de-chaussée et du premier étage s'ouvrent toutes sur une même cage d'escalier qui n'est ventilée que par des fenêtres placées toutes sur la même façade. On peut donc dire que cet escalier est un cloaque en libre communication avec toutes les salles, avec toutes les chambres réservées aux malades. L'isolement est impossible avec une disposition pareille ; j'ai vu le jour de ma visite deux femmes à l'agonie dans les chambres du deuxième étage, mais aucune porte n'était fermée, et l'air empoisonné pouvait circuler librement dans

toute la hauteur de l'escalier, et entrer dans les salles du premier étage et du rez-de-chaussée.

Pour donner plus de force à cette critique il suffit d'établir quelle a été la mortalité de l'hôpital Cochin depuis sa construction :

1865 : les cinq derniers mois, 265 accouch. 48 décès, 4 sur 45.

1866 : les deux premiers mois, 90 — 9 — 4 sur 41.

J'ai accumulé maintenant assez de preuves pour dire hautement que presque tous les hôpitaux de femmes en couches sont mauvais, mal conçus, mal construits, ravagés par une mortalité effrayante. Ce qui est vrai pour la France l'est également pour tous les pays étrangers, et le meilleur ou le moins meurtrier des hôpitaux est encore un très-mauvais modèle qu'il faut bien se garder d'imiter; l'insuccès serait certain. Pour réussir, il faut rompre avec la routine et savoir transporter à l'hôpital toutes les conditions de la clientèle civile : il faut que dans nos hôpitaux chaque accouchée ait une chambre parfaitement isolée, sans communication avec les chambres voisines; il faut enfin qu'une même chambre ne serve qu'à un accouchement avant d'être remise à neuf. Rien de tout cela n'est impossible, et le jour où toutes ces choses auront été réalisées, la mortalité ne sera pas plus grande à l'hôpital qu'en ville. Ce ne serait même pas là le beau idéal, comme je l'entends dire par l'un de nos collègues, car on devrait espérer mieux encore. Ne serait-il pas légitime, en effet, de voir les femmes de l'hôpital, entourées par une vigilance de tous les instants, soignées par des médecins qui ont consacré leur vie à l'étude, rompus à toutes les difficultés de la pratique, mourir en moins grand nombre que les femmes de la ville qui sont forcément moins surveillées. En demandant des mesures capables de ramener la mortalité des maternités au chiffre de la ville je ne poursuis pas une chimère. C'est là le but que nous devons nous proposer, et si nous ne pouvons pas l'atteindre complètement, il faut du moins nous en rapprocher le plus possible.

Me voici arrivé à la partie la plus périlleuse de ma tâche : indiquer le plan d'un hôpital qui remplisse toutes les conditions que nous exigeons. Je reproduirai d'abord le projet que j'ai fait connaître en 1864 (1) : sur un emplacement convenable s'élèverait un seul corps de bâtiment, isolé de tous côtés, ayant un rez-de-chaussée et un premier étage disposés pour recevoir des malades. Un sous-sol et un deuxième étage pourraient être utilisés pour les services généraux.

(1) *Hygiène des hôpitaux des femmes en couche*, Paris 1864.

Le rez-de-chaussée serait spécialement affecté aux nouvelles accouchées; il serait parcouru dans toute sa longueur par un couloir central qui le séparerait en deux moitiés. Ce rez-de-chaussée présenterait sur ses deux faces des chambres placées les unes à côté des autres et adossées au couloir intérieur. Chaque chambre s'ouvrirait au dehors par une porte et deux fenêtres et n'aurait aucune communication ni avec les chambres voisines, ni avec le couloir intérieur, ni avec aucune autre partie de l'hôpital. Pour entrer dans chacune de ces chambres il faudrait donc absolument faire, par dehors, le tour du bâtiment et aller de porte en porte, comme on va dans une rue de Paris de maison en maison.

Chaque chambre serait ainsi un vrai logis particulier, ayant toutes ses ouvertures sur un jardin, mais n'ayant aucune communication avec les autres parties de l'hôpital.

Au premier étage, seraient disposées des salles pour les femmes enceintes, les nourrices et quelques anciennes accouchées.

Chaque chambre du rez-de-chaussée recevrait une nouvelle accouchée et une femme enceinte qui deviendrait sa garde malade et rendrait à sa compagne mille services qui diminueraient singulièrement la besogne des infirmières. Au bout de huit jours, la nouvelle accouchée et la femme enceinte seraient transportées dans la salle du premier étage. La chambre qu'elles quitteraient serait alors purifiée, lavée avec toutes les précautions convenables, ventilée pendant une semaine, les murs en seraient blanchis à la chaux; après quoi elle serait occupée de nouveau.

J'ai depuis longtemps exposé tous les détails de ce projet à M. Husson, qui lui a reproché de soustraire les femmes à une surveillance régulière; aussi pour y remédier, M. Husson avait pensé qu'il conviendrait de placer dans le couloir intérieur un carreau de vitre qui serait enchassé dans la paroi correspondante de chaque chambre. Ce carreau, mastiqué avec soin, ne pourrait pas s'ouvrir; il assurerait l'isolement tout en permettant de surveiller les malades.

Avec un pareil système, j'avoue que le service serait pénible, mais j'y remédie en partie en plaçant au dessus du rez-de-chaussée une marquise qui s'étendrait tout autour du bâtiment pour protéger autant que possible le personnel de l'hôpital contre les injures du temps.

Dans nos hôpitaux actuels rien ne se fait sans l'intervention des infirmières; je demande au contraire que leur présence soit exigée le moins souvent possible. Pour les besoins urgents seulement, un bouton de sonnette électrique, disposé auprès de chaque lit, irait aboutir dans le couloir intérieur où se tiendraient les gens de service. Il faut

changer nos habitudes d'hôpital. Que les femmes y soient donc soignées comme dans leur domicile, traitées, comme dans nos bureaux de bienfaisance, par exemple, où elles se rétablissent si bien.

Pour ce projet, je m'étais bien gardé de prendre comme modèle aucun autre hôpital, puisque j'avais déclaré que toutes les Maternités actuelles étaient mauvaises. Mon innovation n'a cependant pas séduit tout le monde, cela devait être; elle m'a attiré au contraire plus d'une critique. D'après l'avis de M. Le Fort, la porte de chaque chambre s'ouvrant directement à l'extérieur, amènerait un refroidissement considérable de la température, chaque fois qu'on l'ouvrirait lorsque la température serait comme elle est souvent l'hiver de 6 à 42 degrés au dessous de zéro. En formulant ce reproche, notre collègue a exagéré l'abaissement ordinaire de la température. Nous aurions d'ailleurs en France la même température qu'en Russie que cela ne m'inquiéterait guère. Une bouffée de froid n'est pas à craindre, et dans les villages, les nouvelles accouchées occupent une chambre qui s'ouvre directement en dehors sans que pour cela elles s'y rétablissent moins bien. M. Hervieux a adressé à ce projet deux reproches qu'il considère comme très-graves : le premier, c'est que toutes ces chambres, que l'on peut comparer, dit-il, aux alvéoles d'une ruche à miel, c'est-à-dire à des cellules ne s'ouvrant que d'un seul côté, ne sont en réalité que des cul-de-sac où la ventilation naturelle est impossible. En second lieu, la marquise en protégeant le personnel, intercepterait les rayons du soleil et assombrirait les pièces destinées aux nouvelles accouchées. Je pourrais répondre à M. Hervieux qu'une marquise en verre laisserait passer la lumière et les rayons du soleil, et que le plus grand nombre des chambres de la ville sont ventilées par une seule fenêtre, mais je dirai bientôt que je fais sur ce point des concessions complètes en amendant mon projet.

Les femmes, m'a-t-on dit, seront isolées et subiront une espèce de réclusion, ce sera le régime cellulaire. Le mot est fâcheux sans doute, mais ma réponse sera facile : Je ferai remarquer d'abord que la même chambre contiendrait une femme enceinte, une femme accouchée et un enfant nouveau-né; si l'on y ajoute la visite du médecin, les allées et venues de la surveillante et des infirmières, la vue sur un jardin, on trouvera qu'un pareil système cellulaire n'a rien de terrible. D'ailleurs les accouchées de la classe pauvre, celles du bureau de bienfaisance, par exemple, sont exposées à un isolement plus absolu dans leur domicile, elles n'y reçoivent que par hasard la visite d'une voisine et restent seules des journées entières. Que l'on examine encore ce qui se passe à la Maison municipale de santé; les chambres à un lit y sont recherchées beaucoup plus que la salle commune, et les malades pour

y être admis consentent à payer à l'Administration un prix plus élevé. Cette objection n'a donc pas de fondement sérieux.

Enfin. MM. Hervieux et Le Fort se sont réunis pour m'adresser un reproche que je prends à cœur. Votre projet, ont-ils écrit, est bon en théorie, mais pratiquement impossible. J'avoue que je ne comprends pas bien cette objection ; mon projet passera sans effort et sans difficulté de la théorie à la pratique, à l'état de fait accompli, aussitôt qu'on le voudra. Je crois même savoir de bonne source que cette réalisation est sur le point d'être complète, sinon en France, du moins à l'étranger.

Je ne suis pas le seul, heureusement pour moi, à avoir eu la témérité de mettre au jour un projet de Maternité. M. Hervieux a proposé de construire un corps de logis partagé en salles de six à huit lits, avec de larges et hautes fenêtres s'ouvrant sur les deux faces du bâtiment. Le roulement se ferait avec alternance. Ce projet serait-il suffisant ? Il se rapproche beaucoup trop, à mon avis, de ce qui existe à la Maternité et à Cochin.

M. Le Fort, après avoir visité un grand nombre de Maternités, les avoir comparées les unes avec les autres, s'est arrêté au projet suivant : Un bâtiment principal avec deux petites ailes en retour, serait partagé en deux moitiés par un escalier central. Le premier et le deuxième étage, destinés aux femmes en couches, seraient séparés par cet escalier en deux moitiés qui pourraient être soumises à tour de rôle à l'alternance. Des portes vitrées empêcheraient une trop libre communication entre les deux moitiés du bâtiment. Sur l'une de ses façades régnerait un corridor commun percé de fenêtres sur toute sa longueur ; sur l'autre façade seraient placées des chambres à trois lits. Chacune de ces petites salles aurait une fenêtre donnant à l'extérieur et une porte qui s'ouvrirait sur le corridor commun, comme cela existe à la Maison municipale de santé de Paris.

Ce que je blâme dans ce projet, c'est le corridor commun où s'ouvriraient les portes de toutes les chambres, de telle sorte qu'il sera le réceptacle dans lequel viendront se rendre les miasmes engendrés dans chaque compartiment et l'isolement sera illusoire. M. Le Fort propose, il est vrai, un mode de ventilation qui assurerait, suivant lui, le passage de l'air du corridor dans les chambres, tandis qu'il ne pourrait jamais refluer des chambres dans le corridor. C'est là une erreur : quoi qu'on fasse, des courants d'air s'établiront en sens contraire. J'espère pouvoir le démontrer un jour à M. Le Fort et le faire renoncer ainsi à l'idée d'un corridor commun. En proposant ce projet, M. Le Fort s'est laissé inspirer par le souvenir de l'hôpital de Kiel et celui de la Grande-Duchesse Hélène à Saint-Petersbourg.

Dans ces derniers hôpitaux on trouve, en effet, le même corridor latéral donnant aussi dans toutes les chambres. J'ignore quels sont les résultats qui ont été obtenus à Kiel, mais ils n'ont pas été heureux à Saint-Petersbourg. Avec l'installation ancienne la mortalité était de 4 décès sur 32,17 accouchements; depuis l'installation nouvelle on y compte 4 décès sur 34,09 accouchements. Je me crois donc fondé à dire que le projet de M. Le Fort ne donnerait pas de meilleurs résultats à Paris.

Voici à quel projet je m'arrêterais aujourd'hui : un bâtiment unique, bâti en ligne droite, serait séparé en chambres allant d'une façade à l'autre, mais sans aucune communication entre elles. Sur l'une des façades s'ouvrirait une fenêtre par chambre, sur l'autre se trouverait la porte, au-dessus de laquelle régnerait une galerie vitrée. Je reviens, en un mot, à mon projet de 1864; mais le corridor central a disparu puisque chaque chambre occuperait toute l'épaisseur du bâtiment. Je trouve dans cette modification quelques nouveaux avantages : la fenêtre laisserait passer la lumière sans aucun obstacle; en ouvrant la porte et la fenêtre la ventilation serait aussi complète que possible; la marquise continuerait à abriter les gens de service sans être passible d'aucun reproche. Enfin, et c'est le point capital, l'isolement resterait complet. Chaque chambre occupée par une nouvelle accouchée et par une femme enceinte, serait soumise aux précautions de l'alternance après chaque accouchement.

Le seul grief qui subsiste, c'est le chômage des chambres pendant leur évacuation. Mais ce chômage existe déjà en réalité à la Maternité, où la moitié des salles se repose pendant que l'autre moitié est occupée.

J'ai cependant songé à économiser le temps et j'ai pensé qu'on y réussirait si les murs et le plafond des chambres étaient revêtus dans toute leur étendue de plaques en terre émaillée et le parquet recouvert d'asphalte. Avec des parois aussi lisses et aussi peu perméables, on ferait en quelques heures un lavage si parfait, soit avec une éponge, soit avec une pompe à mains, qu'une chambre quittée par une malade pourrait sans inconvénients recevoir le lendemain une autre accouchée. Malheureusement j'ignore tout à fait si une pareille installation n'aurait pas quelque inconvénient grave au point de vue de l'hygiène; je n'ose donc pas en conseiller l'emploi, mais peut-être pourrait-on l'essayer sur une chambre seulement. Ce serait une question à étudier sérieusement.

Ai-je la prétention insensée de faire disparaître complètement la fièvre puerpérale? Assurément non. J'ai voulu seulement, autant que je l'ai pu, obtenir pour un hôpital les conditions de la clientèle civile.

Malgré tout, quand une femme tombera malade, elle devra être aussitôt transportée dans une infirmerie qui occupera un bâtiment complètement séparé de celui des nouvelles accouchées. L'installation de l'infirmerie offrirait d'ailleurs la répétition des dispositions que nous avons décrites pour notre Maternité. Un personnel spécial y serait attaché et toute communication avec les femmes accouchées bien portantes lui serait formellement interdite. Cette séparation des femmes saines et des malades dans deux bâtiments distincts, nous paraît urgente; elle a reçu l'approbation de tous les médecins et elle a été regardée comme indispensable par M. Hervieux et M. Le Fort. On ne lui reprochera même pas de multiplier sans besoin le nombre du personnel, puisque à la Maternité de Paris l'infirmerie est depuis longtemps occupée par un personnel à part : médecin, interne, infirmières... Seulement l'installation de cette infirmerie, telle qu'elle existe aujourd'hui, bonne en principe, est mauvaise en réalité parce que les malades occupent le même bâtiment que les autres accouchées et que le personnel des deux sections passe trop souvent de l'une dans l'autre.

Quand une Maternité sera annexée à un hôpital général, on pourra, je crois, se passer d'infirmerie spéciale, en faisant transporter les accouchées malades dans les salles de l'hôpital général qui feraient ainsi l'office de l'infirmerie.

J'ai exposé longuement la prophylaxie des maladies puerpérales telle que je la comprends. Les moyens que je propose seront-ils suivis de succès? Je l'espère, mais l'expérience seule peut nous éclairer d'une manière infaillible. Si ces espérances venaient malheureusement à ne pas se réaliser après l'essai du nouveau système d'hôpital, faudrait-il courber la tête, et nous avouer vaincus par la fatalité? Non, mille fois non! Il faudrait, sans hésiter, renoncer aux grands hôpitaux de femmes en couches pour créer un grand nombre de très-petites Maternités, qui seraient disséminées au nombre de deux ou trois dans chacun des arrondissements de Paris. Ces petites maternités, ne pouvant admettre qu'un petit nombre de femmes en couches, réuniraient les conditions qu'on rencontre chez la plupart des sages-femmes de la ville qui reçoivent des femmes pour leur accouchement. Le logement réservé à ces pensionnaires est ordinairement petit, presque insuffisant, mais il n'est occupé que par deux, trois femmes en même temps, rarement davantage. De temps en temps les oscillations de cette clientèle amènent naturellement l'évacuation de ces chambres, qui sont soumises ainsi à une sorte d'alternance involontaire. Aussi la fièvre puerpérale y est rare. Un grand nombre de petites Maternités donnerait probablement des résultats

tout aussi avantageux; dès qu'une femme y tomberait malade, l'établissement serait fermé sans apporter de troubles dans les habitudes des autres Maternités du même genre.

Reste enfin une ressource extrême : si les Maternités grandes ou petites produisaient une mortalité trop élevée, il faudrait les abandonner toutes définitivement et substituer l'assistance à domicile à l'assistance hospitalière.

Aucune dépense, aucune difficulté, aucune mesure ne doit arrêter l'administration de l'assistance publique. Le mal est grand; d'une façon ou de l'autre il faut qu'il disparaisse.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. GUYON:

SÉANCE DU 4 AVRIL 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Guinier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, adresse la relation d'une thoracentèse pratiquée avec succès sur un enfant de douze mois; cette observation est accompagnée de réflexions pour servir à l'histoire de la thoracentèse chez les enfants à la mamelle.

— M. Larrey fait hommage, au nom de M. le docteur Finot, médecin principal de première classe à l'École d'application de Metz, d'un rapport imprimé présenté à la Société de prévoyance des médecins de la Moselle, sur l'exercice de la médecine par les prêtres et les communautés religieuses.

Du rapport fait par M. Devergie, sur les conditions à remplir dans la création des hôpitaux.

La Société reçoit :

Outre les journaux scientifiques de la semaine,

Le numéro des *Archives*, avril 1866,

Et le *Bulletin général de thérapeutique*.

A propos de la correspondance :

Anesthésie locale par le sulfure de carbone.

M. PERRIN. M. Delcominète, professeur suppléant à l'École de mé-

- decine de Nancy, m'a fait l'honneur de m'adresser, pour vous la communiquer, une note relative à un nouveau procédé d'anesthésie locale. Vous savez que le sulfure de carbone, étudié expérimentalement par Simpson comme agent d'anesthésie générale, fut promptement abandonné à cause de son énergie et de la persistance de certains de ses effets. C'est ce même corps, préalablement rectifié pour en atténuer la mauvaise odeur, que M. Delcominète a eu la pensée d'utiliser pour provoquer l'anesthésie locale, et il a réussi. Sa note renferme l'observation de sept tentatives suivies d'un succès complet. Quelques-unes, il est vrai, sont relatives à de simples incisions superficielles, mais les autres, en plus grand nombre, ont été faites à l'occasion d'opérations un peu plus longues et plus douloureuses, telles que l'ablation d'un ongle incarné, le débridement multiple d'un phlegmon diffus du bras, d'un phlegmon profond de la fosse sous-épineuse et l'extirpation d'un névrome de l'aisselle. L'une d'elles, relative à un ongle incarné, a déjà été publiée par M. Simonin, de Nancy, dans le numéro du 18 mars dernier de la *Gazette médicale de Paris*.

Dans tous les cas, l'insensibilité produite par le sulfure de carbone fut très-prompte, complète et suffisamment durable. Aussi l'auteur n'hésite-t-il pas à considérer ce liquide comme beaucoup supérieur à l'éther pour déterminer l'anesthésie locale.

C'est aussi par la réfrigération des tissus que, selon toute apparence, l'insensibilité est provoquée. Dans des conditions identiques, le sulfure de carbone produit un abaissement de température beaucoup plus considérable que l'éther. Pour le montrer, M. Delcominète a imaginé une petite expérience comparative, aussi simple qu'ingénieuse, et que je vous demande la permission de répéter devant vous. En pulvérisant de l'éther avec le tube du *pulvérisateur* hygiénique, on obtient du froid sans congélation. Mais en substituant à l'éther le sulfure de carbone, on congèle instantanément la vapeur d'eau du courant d'expiration. Celle-ci se dépose sous la forme d'une couche de glace qui peut atteindre 4 millimètre d'épaisseur.

Toutefois, ce procédé ne serait pas bien efficace pour anesthésier les tissus, parce qu'une grande quantité de calorique est, mise en liberté par le passage de la vapeur d'eau à l'état solide au préjudice de la réfrigération. Celui qui a été employé par M. Delcominète consiste à laisser tomber le liquide goutte à goutte sur la partie que l'on veut rendre insensible et en activant l'évaporation à l'aide d'un soufflet ordinaire.

J'ai eu l'occasion de recourir samedi dernier au sulfure de carbone, dans des conditions qui me paraissent favorables pour juger de son efficacité. Il s'agissait de pratiquer une petite autoplastie de l'oreille

chez un enfant de sept ans. En moins d'une minute l'insensibilité fut obtenue, et l'avivement des deux lèvres de la solution de continuité, temps de l'opération qui dura bien une minute, fut pratiqué sans provoquer la moindre douleur. Ce qui m'a frappé dans ce fait, c'est que contrairement à ce que l'on obtient avec les mélanges réfrigérants, les tissus privés de sensibilité étaient plutôt congestionnés qu'anémiés. Aussi, l'écoulement de sang fut-il au moins aussi abondant qu'à l'état normal. On conçoit, sans qu'il soit besoin de commentaires, que le procédé de Richardson, destiné à la pulvérisation de l'éther, peut être tout aussi bien appliqué au sulfure de carbone.

Les faits qui précèdent ne sont pas suffisants pour se prononcer aujourd'hui sur la valeur du sulfure de carbone, mais ils m'ont paru assez intéressants pour mériter votre attention et pour solliciter de votre part de nouvelles recherches.

M. LE FORT. Je viens d'essayer sur ma main le sulfure de carbone, et j'ai ressenti un picotement assez prononcé qui persiste encore.

M. PERRIN. J'ai constaté ce phénomène, la même cuisson persiste une ou deux minutes, mais elle n'a jamais rien de pénible.

COMMUNICATION.

Tumeur de nature éburnée, occupant la fosse nasale droite. —

Ablation par écartement des os. — Guérison.

M. PANARD fils (d'Avignon) lit sur ce sujet une observation qui lui est personnelle. Il la présente à l'appui de sa candidature au titre de correspondant national. (Commissaires: MM. Panas, Le Fort, Dolbeau.)

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Dilatation congéniale du conduit de Warthon.

M. GUYON. La dilatation du conduit de Warthon et la rétention du fluide salivaire dans ce canal, les tumeurs qui en résultent sont beaucoup moins communes qu'on ne le croyait au siècle dernier. Il n'est pas douteux cependant que le conduit de Warthon puisse assez se distendre pour former une véritable tumeur. Je fais abstraction de ce que nous a appris à cet égard l'histoire des calculs salivaires. Mais je veux montrer qu'en l'absence de tout corps étranger, et par suite de l'oblitération congénitale de son orifice, une véritable tumeur salivaire peut se former dans le plancher buccal.

M. Stolz, de Strasbourg (*Gazette médicale de Paris* 1833, p. 763), a publié une observation parfaitement analogue à la nôtre. Celle que **M. P. Dubois** avait publiée dans ce recueil la même année (p. 338) donne l'histoire d'une tumeur siégeant dans l'épaisseur de la langue

et non dans le plancher buccal; c'était aussi une tumeur salivaire. M. Dubois invoque pour expliquer sa présence dans l'épaisseur de la langue, une anomalie du conduit de Warthon. Il est plus naturel de penser qu'il s'agissait de la dilatation d'une des petites glandules décrites par Blandin et par Nuhn dans l'épaisseur même de la pointe de la langue.

Ainsi que le remarquent MM. Dubois et Stolz, ces tumeurs congénitales sont fort importantes à considérer à cause de l'obstacle qu'elles apportent à l'allaitement. Elles peuvent aussi permettre d'établir que de même que d'autres sécrétions, la sécrétion urinaire par exemple, la sécrétion de la salive a déjà commencé avant que la vie intra-utérine soit encore terminée.

Chez l'adulte, des tumeurs salivaires, dues à la dilatation du conduit de Warthon, ont été aussi observées. Je rappellerai seulement l'observation publiée par M. Jobert de Lamballe, dans son traité de chirurgie plastique, et celle de M. Richet. Ce dernier fait se trouve consigné in extenso dans le tome troisième, les mémoires de notre Société.

Il est facile de s'assurer de la dilatation du conduit de Warthon, sur cette pièce anatomique très-complètement disséquée par M. Thomas, interne de mon service.

Le conduit de la glande sous maxillaire du côté droit offre à peu près le volume d'une plume d'oie, mais il s'est notablement rétracté, il avait au moment de l'autopsie un volume à peu près double de celui qu'il présente actuellement. La dilatation porte principalement sur la moitié antérieure du conduit, il est cependant élargi dans toute son étendue; la glande sous-maxillaire est parfaitement normale. L'état normal peut aussi être constaté pour le conduit du côté opposé, disséqué dans toute son étendue.

Nous nous sommes assurés de l'imperforation du conduit distendu en exerçant des pressions sur son trajet, d'arrière en avant, alors qu'il était encore distendu par la salive, et en injectant de l'eau par une petite ouverture pratiquée à son extrémité postérieure.

Le liquide salivaire contenu dans ce canal dilaté était transparent, et visqueux, entièrement analogue à celui que sécrète la glande sous-maxillaire.

L'enfant était du sexe féminin, elle était née avant terme, vers le huitième mois de la grossesse, elle pesait 2,380 grammes au moment de la naissance. Restée faible, elle succomba le huitième jour, 42 février; j'ai le regret de ne l'avoir pas opérée, malgré son peu de vitalité.

La tumeur fut découverte dès le lendemain de la naissance, elle formait sous le côté droit de la langue, une saillie allongée du volume

du petit doigt environ. D'une couleur blanc-rosée, semi-transparente, fluctuante, tendue pendant le cri ou l'effort, elle présentait tous les caractères de la grenouillette. Elle ne paraissait pas douloureuse au toucher, la succion pouvait s'opérer, mais nous fûmes fort mal secondé par la mère.

M. BROCA. Il est bien prouvé que le canal de Warthon peut se dilater, mais cette dilatation et la grenouillette sont choses très-distinctes. On avait donné comme siège anatomique à la grenouillette, le conduit de Warthon, parce que les autres canaux salivaires n'étaient pas connus. L'on sait aujourd'hui, d'une manière définitive, que la grenouillette est une tumeur enkystée qui a pour origine un des nombreux petits conduits des glandes sublinguales.

Lorsque l'on analyse les symptômes, on voit que la dilatation du conduit de Warthon s'accompagne de phénomènes douloureux dus à la rétention de la salive et d'une tuméfaction de la région sus-hyoïdienne au niveau de la glande sublinguale. Dans la grenouillette il n'y a que la tumeur sublinguale. Le conduit salivaire où se fait l'accumulation du liquide et la glandule qui y est annexée sont d'un trop petit volume pour qu'aucun phénomène de rétention puisse se produire. La marche de la grenouillette est essentiellement chronique, la dilatation du conduit de Warthon peut se présenter à l'état aigu. Il ne faut donc pas confondre ces deux affections.

M. VERNEUIL. Je partage l'opinion de M. Broca ; la grenouillette et la dilatation du conduit de Warthon sont deux maladies distinctes. Le conduit de Warthon peut très-facilement se distendre, c'est ce que l'on observe lorsqu'il s'y développe des calculs salivaires. Les phénomènes de rétention qui accompagnent la formation de la tuméfaction sont si particuliers, que j'avais songé à les distinguer sous le nom un peu singulier, mais expressif, de colique salivaire. J'avais réuni sur ce sujet plusieurs observations et préparé un travail qui n'a pas été publié. Je n'ai donc pas l'intention de proposer comme bonne la dénomination que je viens de rappeler, mais je dirai que les phénomènes douloureux, la tuméfaction de la région sus-hyoïdienne et en particulier de la glande sublinguale différencient nettement la dilatation du conduit de Warthon de la grenouillette, qui a surtout pour origine l'un des conduits de la glande sublinguale.

COMITÉ SECRET.

La Société se forme en comité secret à quatre heures et demie.
La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 11 AVRIL 1866.

Présidente de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de médecine de la semaine.

— M. le Président remet, au nom de madame Morel-Lavallée, une série d'*observations inédites* recueillies par notre regrettable collègue; ces observations seront examinées par la commission qui avait déjà été chargée de faire un premier rapport.

— M. le président annonce que M. le professeur Bardinet, membre correspondant, directeur de l'École préparatoire de médecine de Li-moges, assiste à la séance.

M. le docteur Bergh, médecin de l'hôpital de Copenhague, M. le docteur Hugenberger, de St-Petersbourg, médecin en chef de l'Institut de la grande-duchesse Hélène et M. le docteur Lazaréwitch, professeur à l'Université de Kharkoff, assistent également à la séance.

DISCUSSION.

Hygiène des maternités.

M. TRÉLAT. Messieurs, l'empressement avec lequel vous avez accueilli cette discussion, l'attention que vous avez prêtée à l'importante communication de notre collègue M. Tarnier, témoignent de l'intérêt que vous portez à la question soulevée parmi nous. Je vous apporte le contingent de mes études et de mes réflexions, et s'il m'arrive de revenir sur des faits déjà connus de vous, je réclame d'avance votre indulgente attention pour ces répétitions inévitables.

Pour ménager vos moments, je ne m'arrêterai pas sur ce fait capital que la mortalité dans les maternités est considérablement plus élevée que dans toute population extra-hospitalière. Je considère cette proposition comme démontrée et à l'abri désormais de toute contestation. Toutes les recherches entreprises sur ce sujet, depuis dix ans, ont donné le même résultat sans une seule infirmation. Partout, les comparaisons statistiques ont prononcé dans le même sens et nos confrères d'Allemagne, de Russie et d'Angleterre ont donné une éclatante confirmation aux premières observations faites par M. Tarnier sur la mortalité, suite de l'accouchement, à la Maternité et dans le douzième arrondissement de Paris.

Or, je dis que lorsqu'un fait statistique est ainsi vérifié itérative-

ment un grand nombre de fois et lorsqu'il repose sur des bases d'évaluation aussi larges que celles qu'a utilisées M. Le Fort, on peut le considérer comme établi et hors de discussion.

Cependant, permettez-moi une remarque : oui, nous savons qu'il existe un écart considérable entre les deux mortalités au préjudice des maisons d'accouchement, mais la valeur exacte de cet écart, nous l'ignorons. Pour la connaître, il faudrait être fixé d'abord sur la mortalité générale de l'accouchement. Or, il n'a été fait jusqu'ici aucun relevé complet de cette nature, et, particulièrement en France, on peut dire qu'il n'existe aucun document digne de foi sur les diverses causes de mort, sauf les accidents et les suicides. Peut-être trouverait-on sur ce sujet des renseignements importants dans les remarquables statistiques de la Belgique et du canton de Genève; le temps m'a manqué pour faire ces recherches et je ne puis que les indiquer.

Il serait bien désirable cependant que nous fussions éclairés sur le chiffre moyen de la mortalité puerpérale, ce chiffre pouvant subir, dans une même localité et sur une nombreuse population, des variations du simple au double.

Ce n'est pas nous qui pouvons faire de pareils dénombrements; nous n'en possédons pas les éléments. Ce travail revient aux bureaux de statistique; mais, en présence de l'intérêt persistant qui s'attache à l'hygiène des maternités, il nous appartient d'en signaler l'utilité et même la nécessité.

Ainsi, messieurs, j'abandonne ce point du débat. Je crois que personne, ni parmi les médecins, ni parmi les administrateurs, ne conteste plus que les femmes en couches succombent dans les maternités en beaucoup plus grande proportion que partout ailleurs, et qu'on peut affirmer en prenant les plus faibles évaluations, c'est-à-dire sans aucune crainte d'erreur, que le même acte physiologico-pathologique, l'accouchement, est suivi de mort dix fois plus souvent à l'hôpital que hors de l'hôpital.

Comment se comporte cette excessive mortalité? Atteint-elle indistinctement tous les individus? Suit-elle une marche régulière et continue ou bien est-elle sujette à des variations plus ou moins fortes? Ces variations elles-mêmes sont-elles purement accidentelles ou bien subissent-elles quelque influence que nous puissions découvrir? Telles sont les questions qu'il me semble utile d'examiner maintenant.

La mort frappe dans les maisons d'accouchement sur toutes les catégories d'accouchées; pour aucunes il n'y a d'exception; pour aucunes même de disproportion qui mérite d'être appelée favorable. Cependant, il faut reconnaître que certaines conditions individuelles constituent une prédisposition fâcheuse incontestable.

Je n'ai pas l'intention de m'arrêter sur ce sujet bien connu ; j'en toucherai seulement quelques points.

Les fatigues d'un travail long et pénible sont à juste titre considérées comme prédisposant aux affections puerpérales, et, depuis la thèse de M. Lasserre, cette opinion est généralement acceptée. Cet auteur avait noté les différences suivantes : Travail de six à dix-huit heures, 2,54 p. 400 de mortalité. Travail de plus de dix-huit heures, 44,48 p. 400. Tous les faits qui se sont produits sous mes yeux à la Maternité plaident dans le même sens.

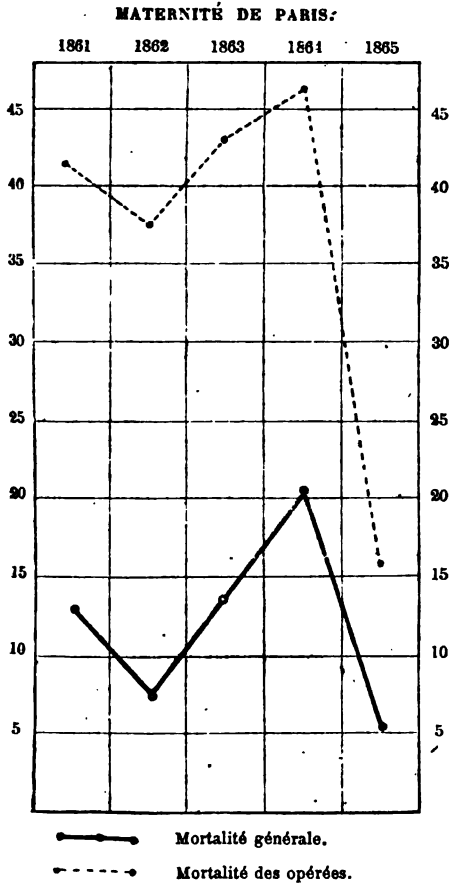
La primiparité me semble devoir être rattachée à deux autres éléments ; elle constitue un fait complexe dans lequel entrent, pour une certaine part, d'un côté la longueur et les incertitudes d'un premier travail, de l'autre la misère. Je parle, bien entendu, des femmes qui viennent accoucher à l'hôpital, et là il est incontestable que les primipares sont en général plus misérables que les multipares. Quelle que soit la valeur de cet aperçu que je crois fondé, il n'en reste pas moins établi que les primipares succombent en plus forte proportion que les multipares.

Quant aux opérations obstétricales, si on se borne à comparer la mortalité générale avec la mortalité à la suite des opérations, on obtient toujours et partout un chiffre beaucoup plus élevé pour cette dernière. Ce résultat est facile à prévoir, il en est des opérations tocologiques comme de la plupart des opérations d'urgence ; on les pratique pour porter remède à un état déjà grave par lui-même et elles ont leurs chances d'accidents et leurs complications fréquentes. Aussi, d'après le relevé de M. Späth, cité par M. Le Fort, elles donnent une mortalité de 30 p. 400 ; d'après mon relevé fait sur cinq années de la Maternité, 1864-65, 38 p. 400, tandis que la mortalité générale est de 42 p. 400 pendant la même période. Mais tant à Vienne qu'à Paris, cette haute mortalité opératoire prend une bien faible part dans la mortalité générale. A Vienne elle représente 6 p. 400 des décès et fait périr seulement 0,7 p. 400 des accouchées ; à Paris (Maternité) elle fournit 8,4 p. 400 des décès et cause la mort de 4,04 p. 400 des accouchées.

Vous voyez combien ce contingent est faible et comme cette élévation du chiffre relatif pour les opérations joue un rôle insignifiant par rapport à la mortalité générale.

Mais j'appelle votre attention sur un fait qu'on a trop méconnu jusqu'ici. Ces chiffres de 30 et 38 p. 400 que je citais tout à l'heure ne sont en aucune façon des moyennes de résultats obstétricaux, ce sont des chiffres horriblement chargés, des chiffres qui représentent pour un peu l'acte opératoire et pour beaucoup l'influence pernicieuse

de l'hôpital. Je m'explique : je dis qu'en cherchant trop l'influence des opérations sur la mortalité, on n'a pas assez vu la prodigieuse influence de l'état nosocomial sur les résultats opératoires. Celle-ci ressort d'une manière saisissante de mon relevé et peut être rendue sensible à l'œil par le tracé graphique qui suit. La ligne supérieure indique la marche pour 100 de la mortalité des opérations; la ligne inférieure, la marche de la mortalité générale.



Ces deux lignes ont une marche rigoureusement parallèle; l'une suit l'autre. Quand la mortalité générale est forte, celle des opérations l'est aussi, toute proportion gardée; si la mortalité générale baisse, il

en est de même pour l'autre. Et ces variations des résultats opératoires ne sont pas à dédaigner puisqu'elles dépassent 30 p. 100. Au reste, pour éviter toute incertitude et toute équivoque, voici les chiffres :

	Mortalité générale pour 100.	Mortalité des opérations pour 100.
1861.....	44,73.....	44,67
1862.....	7,49.....	37,50
1863.....	43,70.....	42,80
1864.....	20,26.....	46,45
1865.....	5,97.....	45,62

Ainsi d'une part les opérations interviennent faiblement dans la mortalité générale, d'autre part l'état nosocomial (indiqué par la mortalité) tient sous sa dépendance rigoureuse le résultat des opérations.

Tout le monde est à peu près d'accord pour considérer la misère, et je confonds sous ce titre la misère physique et la misère morale, l'une entraînant l'autre, comme prédisposant aux maladies puerpérales. Je ne vais pas à l'encontre de cette proposition, mais je soutiens avec la plupart de nos collègues, avec M. Tarnier, avec M. Hervieux, avec M. Le Fort, qu'elle n'est vraie que dans l'enceinte des maternités et encore il s'en faut qu'elle soit en tout temps évidente.

Cette influence n'est guère appréciable par les méthodes statistiques qu'en comparant la mortalité relative des femmes mariées et celle des filles mères, ces dernières étant en général de beaucoup les plus misérables. Déjà M. Tarnier, après avoir rappelé la différence qui existe entre les deux hôpitaux de Lyon, dont l'un ne reçoit que des femmes mariées, nous citait une statistique de trois années. Voici les résultats d'un dépouillement qui m'a été remis par le directeur de la Maternité, M. Richer.

MORTALITÉ POUR 100

	Femmes mariées.	Filles mères.
1855.....	2,90.....	3,98
1856.....	5,09.....	6,03
1857.....	3,94.....	2,62
1858.....	3,35.....	3,39
1859.....	7,57.....	8,36
1860.....	5,79.....	42,80
1861.....	6,47.....	42,78
1862.....	7,43.....	7,49
1863.....	9,45.....	44,66
1864.....	42,63.....	21,56
Moyennes.....	6,19.....	8,97

Pendant toutes ces années, sauf en 1857, les filles mères ont fourni un chiffre proportionnel de décès supérieur à celui des femmes mariées et la moyenne de ces dix années accuse la même différence. Celle-ci n'est probablement pas aussi considérable qu'elle devrait être, par la raison que sous la rubrique : femmes mariées, on comprend à la Maternité des veuves et des femmes séparées de leur mari qui, au point de vue de la vie matérielle, sont exactement dans la même situation que les filles mères.

J'avais pensé à un autre moyen de constater l'influence de la misère. Je m'étais dit que les femmes admises à la Maternité pendant le cours de la grossesse ne sont reçues que sur leur demande et que cette demande est dans la grande majorité des cas une preuve de dénûment. En conséquence, voulant connaître les mortalités comparées des femmes arrivant à l'hôpital pendant la grossesse, et de celles qui viennent seulement pour accoucher, je demandai au directeur de la maison des documents sur ce sujet, et il me fournit le tableau qui depuis a été publié par M. Hervieux.

Ce tableau pris en bloc peut être interprété dans le sens que j'avais pressenti, à savoir que si c'est la misère qui conduit les femmes à l'hôpital plus ou moins longtemps avant leurs couches, ces femmes misérables payent à la mort un plus fort tribut que celles qui peuvent attendre au dernier moment pour se présenter à la Maternité.

Mais ce relevé pouvait être appliqué à l'étude d'une autre question bien importante soulevée par notre collègue M. Tarnier, je veux parler de ce qu'on a nommé l'acclimatement des femmes en couches, c'est-à-dire de l'influence qu'un séjour plus ou moins prolongé dans une maternité avant l'accouchement exerce sur la mortalité des femmes qui ont séjourné.

Vous savez, messieurs, que notre collègue avait confirmé par ses propres recherches faites en 1856, l'opinion antérieurement émise par MM. Lasserre, Botrel et Charrier. En présence des chiffres nouveaux et plus considérables mis à sa disposition par l'administration de l'Assistance publique, il a abandonné cette opinion ; mais il reste dans le doute et n'ose conclure à l'influence fâcheuse du séjour antérieur à l'accouchement.

Je crois cependant que telle est la vérité. Vous allez en juger.

Le dépouillement que je possède porte sur onze années, 1855 à 1865. Il est divisé en deux catégories : d'un côté les femmes accouchées le jour de leur entrée, de l'autre les femmes ayant séjourné plus d'un jour avant l'accouchement. Pour la première catégorie le coefficient de la mortalité est 7,39 p. 400 ; pour la seconde, 10,24 p. 400. Pendant chacune de ces onze années sans exception, il en a été de même :

le chiffre mortuaire des femmes accouchées immédiatement restant toujours plus faible que l'autre.

Pour les années 1860 à 1865, M. Tarnier nous a communiqué une autre coupure. Les accouchées sont réparties en trois classes : accouchées le jour de leur entrée; accouchées dans les huit jours après l'entrée; après plus de huit jours. Voici les chiffres de quelques années : 1862 : 5,93 p. 100, 9,08 p. 100, 6,70 p. 100. — 1864 : 16,32 p. 100, 19,81 p. 100, 24,76 p. 100. — 1865 : 5,27 p. 100, 5, 67 p. 100, 8,86 p. 100. Enfin les moyennes de ces cinq années sont : 10,20 p. 100, 13,14 p. 100, 12,90 p. 100.

M. Le Fort a publié dans son livre un tableau de M. Späth qui touche à notre sujet. Seulement M. Späth tient compte non des mortes mais des malades; de plus ses coupures sont différentes de celles que je viens de citer, mais pour la facilité de la comparaison je les ai ramenées à la même formule. Voici le résultat pour l'année 1862, la seule indiquée : les femmes accouchées le jour de leur entrée donnent 18,5 p. 100 de malades; celles qui ont séjourné huit jours, 25,4 p. 100; après huit jours, 24,4 p. 100.

La conclusion est dans tous les cas la même. Qu'on envisage la morbidité ou la mortalité, l'influence du séjour dans l'hôpital est fâcheuse toujours et partout, tel est le langage de la statistique au moins d'après tous les documents que nous possédons aujourd'hui.

D'ailleurs, ce n'est pas seulement la statistique qui parle ainsi, ce sont encore les faits isolés.

M. Tarnier et M. Hervieux nous ont cité les cent femmes enceintes qui, en 1862, furent indemnes de toute affection puerpérale dans le service de M. Pajot, quoiqu'en contact avec des femmes malades et mourantes. Elles furent invulnérables pendant la grossesse; mais l'accouchement venu, avaient-elles bénéficié de l'accoutumance? C'est M. Pajot qui va répondre : « Non, elles ne s'acclimataient pas, puisque, après l'accouchement, elles retombaient sous la loi générale et mouraient à leur tour. »

Pour être isolé, ce fait est loin d'être unique. M. Tarnier nous a appris lui-même le sort des femmes enceintes qui, lors de l'évacuation de la Maternité en 1856, furent envoyées dans d'autres hôpitaux. Celles qui entrèrent à Lariboisière où il ne régnait *pas encore* d'épidémie, y succombèrent presque toutes. Ainsi elles apportèrent avec elles la maladie qu'elles avaient puisée à la Maternité, et en furent les premières victimes après l'accouchement.

M. Labéda a vu se reproduire exactement le même fait, l'année dernière (1865) à l'hôpital Saint-Louis. Les pauvres transfuges de la Maternité périrent du feu qu'elles avaient allumé.

M. Hervieux nous rappelle des observations identiques faites en 1843 et 1844 par MM. Bidault et Arnoult à l'Hôtel-Dieu annexe : 64 femmes enceintes venues de la Clinique et de la Maternité envahies par l'épidémie, donnèrent une mortalité de 23-p. 100, tandis que dans un service voisin les femmes de la ville perdaient seulement 4 p. 100.

On a cité ces faits pour prouver la contagion. Je le veux bien. Mais ne prouvent-ils pas que loin de s'acclimater et de s'aguerrir contre les influences léthifères, ces malheureuses femmes s'en étaient imprégnées; qu'elles les portaient avec elles, en elles et que c'est dans l'hôpital, pendant leur séjour antérieur à l'accouchement, que la mort avait posé son doigt sur leur front ?

Cette influence du séjour antérieur à l'accouchement peut être prouvée encore d'une autre façon qui la précise et l'explique à la fois. Le directeur de la Maternité, qui s'occupe avec un soin constant de recueillir et de conserver les documents statistiques, avait pensé que pendant les années à forte mortalité le séjour était nuisible, tandis qu'il était innocent ou même favorable dans les années exemptes d'épidémie. M. Hervieux a indiqué ce fait dans son mémoire.

J'ai recherché ce qu'il pouvait y avoir de vrai dans cette assertion, et voici comment je m'y suis pris. La mortalité des femmes qui ont séjourné dans la Maternité dépassant toujours celle des femmes entrées au moment du travail, j'ai calculé, pour chacune des onze années de mon relevé, la valeur de cet excédant ou, en d'autres termes, la différence entre les deux mortalités et j'ai vu que cette différence est d'autant plus grande que la mortalité générale est plus élevée. D'où je tire cette conclusion que le séjour des femmes enceintes est dangereux en raison directe de l'état sanitaire. Dès lors il n'y a plus seulement opposition entre les résultats d'années excessives en bien ou en mal, mais un rapport constant entre la situation hygiénique de l'hôpital et son retentissement sur les femmes enceintes qui vivent dans ce milieu.

Je mets en regard des onze années, 1855 à 1865, d'abord la mortalité générale de l'établissement, puis la quantité dont la mortalité des accouchements après séjour dépasse celle des accouchements immédiats.

	Mortalité générale pour 100.	Différence.
1855.....	3,79.....	4,46
1856.....	5,86.....	2,46
1857.....	2,89.....	0,81
1858.....	3,39.....	2,24
1859.....	8,22.....	1,19.

	Mortalité générale pour 100.	Différence.
1860.....	11,62.....	3,99
1861.....	11,73.....	4,15
1862.....	7,49.....	2,21
1863.....	13,70.....	3,20
1864.....	20,26.....	6,68
1865.....	5,97.....	1,95

Ces deux colonnes permettent d'établir un tracé dont les deux lignes sont absolument parallèles, sauf pour la seule année 1859 ; mais l'explication de cette unique exception est facile : la mortalité élevée de 1859 provient d'une recrudescence violente qui eut lieu pendant les mois de novembre et décembre, de sorte que les femmes enceintes qui ont pu souffrir de ce fait sont, pour un certain nombre au moins, accouchées et peut-être mortes au commencement de 1860.

Ainsi, après avoir reconnu que l'influence du séjour n'est jamais profitable, nous constatons que cette influence est d'autant plus pernicieuse que la mortalité des établissements est plus élevée. Or, mortalité et morbidité étant congénères en fait d'accouchement, il en résulte que le séjour plus ou moins prolongé n'exerce d'action nuisible qu'en raison de la puissance du milieu morbifique.

Aussi, si on suppose une maternité exemplaire où la maladie et la mort ne feraient que de rares et courtes apparitions, rien n'empêche de penser que les femmes enceintes habiteraient impunément ses murs, et même qu'y trouvant une vie tranquille, une nourriture réparatrice, une cosmétique convenable, elles acquerraient ainsi une résistance qu'elles n'avaient pas contre les atteintes de la maladie, et arriveraient à fournir un chiffre mortuaire égal ou même inférieur à celui des femmes entrant à l'hôpital pour accoucher. Cette hypothèse semble avoir un commencement de preuve : en examinant les relevés de M. Tarnier, de 1860 à 1865, on voit que la mortalité des femmes qui ont séjourné plus de huit jours, — ce qui peut vouloir dire deux ou trois mois, — est, en général, un peu inférieure à celle des femmes qui sont accouchées peu de jours avant leur entrée.

Pardonnez-moi, Messieurs, d'avoir longuement insisté sur ce point, mais outre l'intérêt que lui avaient donné les recherches de M. Tarnier, il constitue une indication importante pour l'hygiène des maternités.

Jusqu'ici nous avons vu une seule chose : c'est que certaines catégories de femmes, celles que la misère ou le chagrin a rendues

moins résistantes, qui ont été surmenées par la fatigue et la douleur, fournissent à la mort, *dans les maternités*, un contingent plus élevé que les autres. Et comme la misère est la grande pourvoyeuse des maternités, on a dit : misère et mort fréquente sont deux termes qui s'enchaînent et qui expliquent par leur lien la mortalité inexorable des hôpitaux d'accouchement.

Ce raisonnement repose sur une erreur de fait, et roule sur une erreur de méthode. L'erreur de fait a été démontrée par MM. Le Fort, Tarnier et Hervieux : hors des maternités les prédispositions individuelles s'effacent et les couches se terminent aussi heureusement sur le dernier grabat que sur le lit le plus moelleux. Même dans les maternités il y a des moments, de longs moments, où toutes guérissent en dépit de la misère, des opérations obstétricales, etc. Par conséquent il n'y a pas de lien indissoluble entre ces prédispositions et l'issue funeste de l'accouchement. C'est seulement dans les maternités, et par le fait des maternités qu'il s'établit.

Il y a une erreur de méthode, car en ne prenant que les femmes les moins misérables, les femmes mariées, qui n'ont enduré aucune opération, subi aucun accident, celles-là n'en sont pas moins durement frappées par la mort. Ce n'est qu'une question de plus ou de moins et le moins est encore infiniment trop.

Je n'insiste pas d'avantage, car je crois que nous sommes tous d'accord à cet égard, et que nous ne voyons là que des prédispositions, des aptitudes à contracter les affections puerpérales, mais nullement une cause génératrice de ces affections.

Avant de rechercher la cause ou les causes de ces affections, il nous faut compléter l'étude de la mortalité, la suivre dans sa marche, ses évolutions et ses vicissitudes. Étude capitale pour le problème qui nous occupe, elle va nous révéler des particularités qui n'ont point encore été suffisamment exposées et qui sont la clef de questions difficiles à résoudre.

Le caractère particulier de la mortalité dans les maisons d'accouchement, c'est l'irrégularité de sa marche, ce sont des variations brusques et souvent considérables qui, au premier abord, semblent échapper à toute loi. Tandis que dans les hôpitaux ordinaires, la mortalité se répartit à peu près comme la mortalité de la population générale, ce dont vous pouvez juger par ce tracé graphique où j'ai mis en regard, pour les années 1862 et 1863, la mortalité mensuelle de l'Hôtel-Dieu de Paris et celle de la France entière, dans les maternités au contraire, cette analogie est beaucoup moins intime et ne peut être perçue qu'en calculant sur les résultats accumulés d'une longue période d'années. Aussi le coefficient de la mortalité est-il

éminemment inconstant de mois en mois et d'année en année.

Jetez les yeux sur les tracés graphiques de M. Le Fort, ou sur ceux que je vous présente et qui indiquent la mortalité mensuelle de la Maternité de Paris pendant quarante ans, de 1825 à 1864, et vous suivrez du regard ces oscillations petites ou grandes, mais toujours irrégulières.

Si la mortalité est ainsi variable, il en faut conclure que la cause de cette mortalité, quelle qu'elle soit, doit aussi être variable dans sa puissance et même dans son existence, et déjà nous pouvons entrevoir qu'aucune influence permanente et constante ne fournira une explication satisfaisante des faits observés.

Cependant, à travers ces incessantes variations, on dégage une influence incontestable, celle des saisons ; j'aimerais mieux dire celle des conditions atmosphériques, terme plus général et plus vrai, tout en reconnaissant que les saisons sont les causes les plus fixes et les plus efficaces des changements de l'atmosphère.

Depuis longtemps cette influence a été plus ou moins rigoureusement étudiée et reconnue. Chez nous elle n'a guère été entrevue qu'à travers un voile, tandis qu'à l'étranger elle a donné lieu à de remarquables travaux et sans rien enlever au mérite de nos collègues et confrères, MM. Le Fort, Guyon et Hervieux, qui s'en sont occupés récemment, je crois pouvoir dire qu'aucun document précis et étendu ne s'est produit parmi nous.

J'ai utilisé pour cette étude les relevés mensuels que je viens de vous montrer et qui portent sur quarante ans (1825-1864). Ces relevés me donnaient la somme des accouchements et celle des décès pour quarante mois de janvier, de février, etc., et en soumettant à une correction méthodique l'inégale longueur des mois (sans quoi, pendant quarante ans, on comparerait les 1240 jours de janvier, par exemple, aux 1127 jours de février, plus court alors de 3 mois et 21 jours), j'ai pu établir la marche mensuelle des accouchements et des décès sur les moyennes de cette longue période.

Dès lors, au lieu d'appréciations approximatives et sommaires, j'ai eu sous les yeux des valeurs exactes et faciles à comparer.

J'insiste ici avec M. Le Fort sur la rigoureuse nécessité pour de semblables calculs d'accumuler les résultats de longues périodes, et je profite de cette occasion pour dire, sans que ce soit une critique de ma part, que le tracé graphique de la Maternité, ainsi que le relevé mensuel de la Clinique, donnés dans son livre par notre collègue, perdent beaucoup de leur valeur en raison de la courte période (cinq ans) sur laquelle ils reposent, et aussi en raison de la mortalité violente et tourmentée de cette période.

Pour le but que je me proposais, j'ai soumis la mortalité à un double calcul. D'un côté, j'ai étudié sa répartition, c'est-à-dire la quantité relative de morts qui revient à chaque mois par rapport au total général ; de l'autre, j'ai établi son intensité ou la proportion des décès p. 400, pendant chaque mois. Ces deux quantités sont voisines sans être semblables, et vous comprendrez de suite que tel mois peut fournir peu de décès parce qu'il aura peu d'accouchements tout en ayant un coefficient mortuaire élevé, et inversement qu'un autre mois peut avoir un coefficient faible et fournir cependant beaucoup de décès s'il y a eu beaucoup d'accouchements.

Parallèlement à la mortalité, j'ai indiqué la fréquence ou la rareté relative, c'est-à-dire la répartition des accouchements suivant les mois.

A ces valeurs j'ai ajouté la répartition de la mortalité générale en France, calculée sur les trois années 1858 à 1860, et, pour un motif que vous apprécierez dans quelques instants, la répartition et l'intensité des décès des accouchées dans l'ancien Hôtel-Dieu de Paris, pendant dix ans, 1776 à 1785.

Tout cela est résumé en deux séries de tracés dont l'une comprend : la répartition mensuelle de la mortalité en France, celle de la Maternité, celle de l'ancien Hôtel-Dieu, la répartition des accouchements à la Maternité. L'autre série ou l'autre tableau porte encore la répartition des accouchements à la Maternité, l'intensité des décès à la Maternité, l'intensité des décès à l'ancien Hôtel-Dieu.

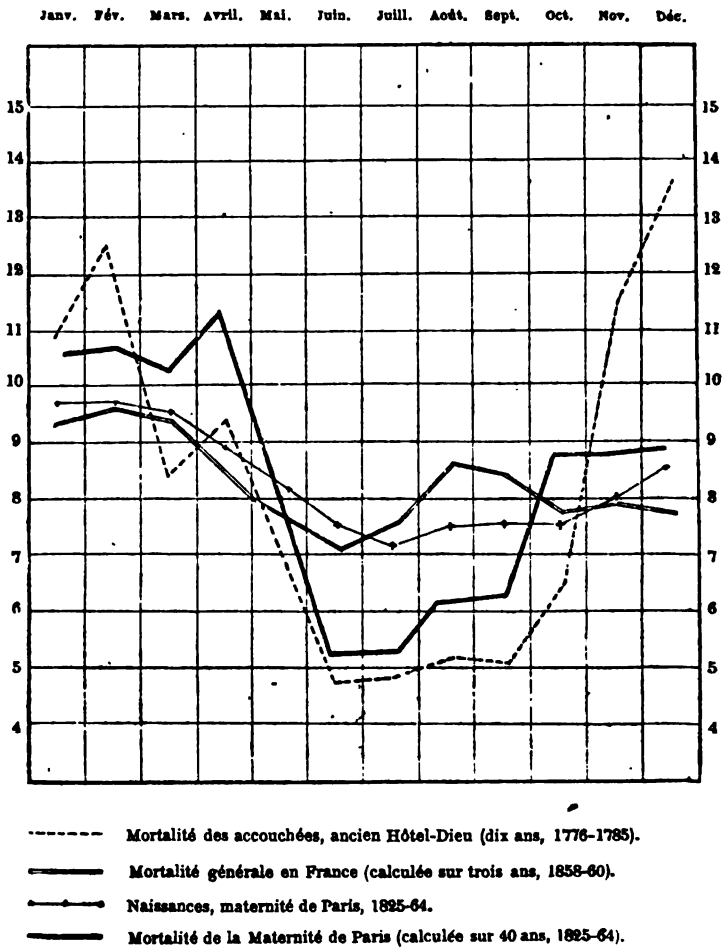
Pardonnez-moi, Messieurs, d'entrer dans ces détails ; il me semblait impossible que vous pussiez apprécier les résultats si vous ne saviez d'abord par quels procédés ils ont été obtenus.

En jetant les yeux sur ces tableaux, vous verrez que les mois les plus chargés de décès (répartition) sont : d'abord avril, puis février, janvier, mars ; au second rang, décembre, novembre, octobre ; au troisième, mai, septembre, août, et en dernier lieu juillet et juin.

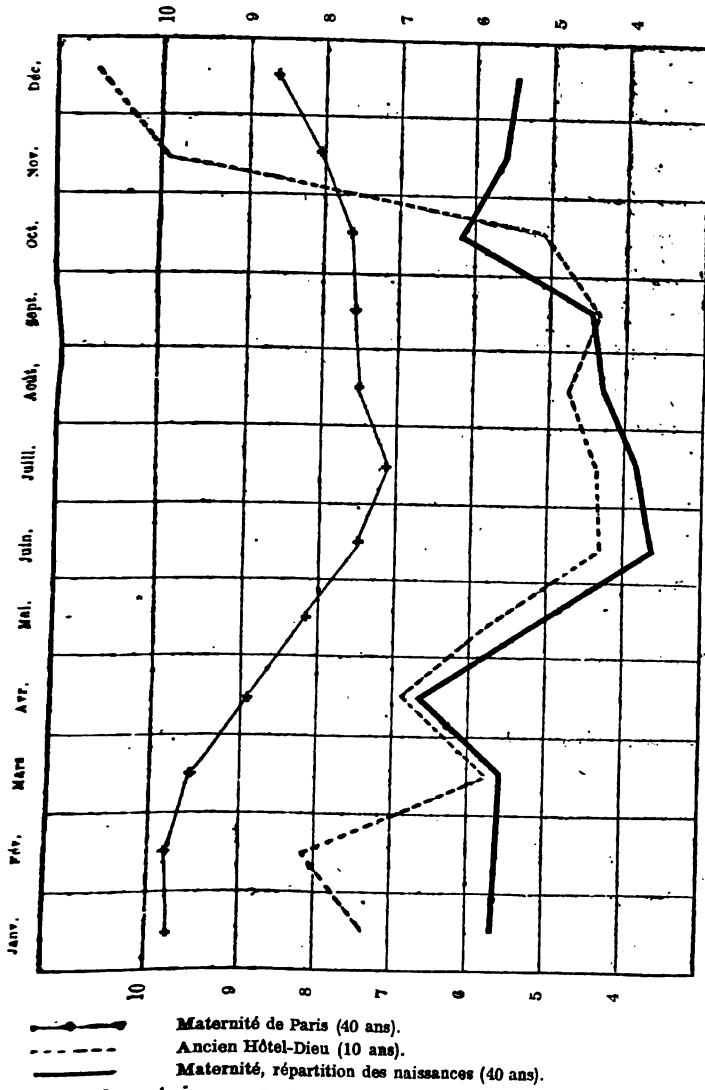
Si au lieu de tenir compte de la quantité des décès on ne s'occupe plus que de leur nombre relatif, de leur intensité, les mois se rangent dans l'ordre décroissant qui suit : avril et octobre, de 6 à 7 p. 400 ; janvier, février, mars, novembre, décembre, mai, de 5 à 6 p. 400 ; septembre, août, de 4 à 5 p. 400 ; juillet, juin, de 3 à 4 p. 400.

Telle est l'exacte et complète vérité pour la Maternité de Paris, vérité qui devra être confirmée par d'autres établissements de la même ville ou du même pays, mais qui doit varier relativement pour d'autres pays, suivant la nature des climats.

RÉPARTITION MENSUELLE DE LA MORTALITÉ ET DES NAISSANCES.



INTENSITÉ MENSUELLE DE LA MORTALITÉ.



Ainsi, tandis que pour nous, les deux mois maxima sont avril et octobre, à Vienne c'est mars et novembre. Le mois de novembre est le second maximum non-seulement pour Vienne, mais pour Londres et Saint-Petersbourg, tandis que le premier maximum est rejeté en février pour ces deux dernières villes, climats maritimes. Nos mois minima sont juin et juillet; pour Londres, Saint-Petersbourg et Vienne, c'est août et septembre. On ne manquera pas d'observer que ces déplacements des maxima et des minima prouvent, une fois de plus, l'action saisonnière.

On a cherché de bien des manières à expliquer cette influence des saisons.

L'idée la plus simple qui se présente à l'esprit, c'est que les accouchées ressentent comme tous les individus les effets favorables ou fâcheux de la température, et qu'en somme leur mortalité n'est que l'expression partielle de la mortalité générale. La marche des six premiers mois de l'année semble confirmer cet aperçu, mais à partir de là, et surtout à partir du mois d'août, il n'y a plus de parallélisme; et même si, au lieu de prendre la mortalité de la France, on prend la mortalité du département de la Seine (beaucoup mieux comparable à celle de la Maternité), on voit que le mois d'octobre est le minimum pour le département, tandis qu'il est le second maximum pour la Maternité. Autre chose est donc la mortalité générale et celle des accouchées.

Faut-il dire avec mon collègue de la Maternité, M. Hervieux, que la mortalité croît en raison inverse de la température, c'est-à-dire qu'elle augmente avec la rigueur du froid et s'affaiblit à mesure que la chaleur atmosphérique augmente? Non, cela n'est pas plus vrai à Paris qu'à Vienne. A Vienne, mars et novembre sont les maxima; à Paris, avril et octobre. Personne ne soutiendra que ces quatre mois soient les plus froids de l'année, pas plus que juin n'est le mois le plus chaud. Ce n'est donc pas la température qui joue le rôle principal.

M. Guyon insiste sur l'encombrement, et particulièrement sur cet encombrement qu'on pourrait appeler saisonnier et qui résulte de ce que les accouchements ont leur maximum de fréquence dans les mois de janvier, février, mars, avril, décembre, mai, novembre et leur minimum en octobre, septembre, août, juillet et juin. Sans nier la valeur de ce fait qui joue son rôle dans l'état variable des conditions hygiéniques, je ferai remarquer que tandis que le nombre des accouchements décroît de février à avril, la mortalité augmente d'une manière fort sensible, et d'autre part que le mois d'octobre, dont le coefficient mortuaire occupe le second rang, ne vient que le huitième

pour le nombre des accouchements et presque sur la même ligne que septembre et août. Ici donc encore pas de parallélisme exact, de telle sorte qu'on ne peut dire : accouchements nombreux, mortalité forte, et réciproquement.

J'ajoute que pour étudier cette question dans le menu détail, j'ai fait recueillir le nombre des accouchements et leur mortalité jour par jour pendant neuf années, dont quatre bonnes, 1848-1851, et cinq mauvaises, 1859-1863, et qu'il m'a été impossible d'établir un rapport quelconque entre le nombre quotidien des accouchements et le chiffre de leurs décès.

Après cette critique, deux causes subsistent. L'une a été indiquée par M. Le Fort, et acceptée par M. Tarnier. En hiver et en raison de la basse température, l'aération serait beaucoup moins parfaite, et par suite, la salubrité intérieure des salles plus défectueuse. Je le crois, non par une vue de l'esprit rationnelle et logique, mais pour la raison que je vais dire.

Dans notre dernière séance, M. Tarnier nous a rappelé le tableau saisissant et douloureux que Tenon traçait des salles d'accouchées de l'ancien Hôtel-Dieu. Dans ces salles abjectes, la mortalité ne dépassait guère celle de la Maternité actuelle : 4 p. 400 environ. C'est bien peu pour de si grands changements. Mais cette faible différence est loin de porter sur tous les mois, et c'est ici que vous comprendrez le but des tracés de l'ancien Hôtel-Dieu que j'ai donnés dans mes tableaux. Vous verrez que pendant les mois de mars à octobre, la mortalité est sensiblement la même à près d'un siècle de distance dans les deux établissements, tandis que pendant les mois de novembre, décembre, janvier, février, elle est beaucoup plus intense à l'ancien Hôtel-Dieu qu'à la Maternité, de telle sorte que la différence annuelle de 4 p. 400 pèse presque exclusivement sur ces quatre mois.

N'est-ce pas la preuve exagérée, amplifiée que les mauvaises conditions hygiéniques, défaut d'aération, méphitisme, concentration de miasmes, déterminées par l'hiver, prennent une part évidente dans les influences atmosphériques ?

Mais cela ne suffit pas, et ici, messieurs, je vous demande un peu d'attention, car ce que je vais dire n'est généralement pas admis. Je crois, et c'est la seconde des causes que je mentionnais tout à l'heure, que les variations de l'état atmosphérique jouent un rôle qui s'accuse fortement en mal dans le mois d'avril et d'octobre, fortement en bien dans les mois de juin et juillet, et modérément, dans l'un ou l'autre sens, pendant tous les autres mois. Je crois que ces variations de l'atmosphère n'agissent nullement en vertu d'une puissance occulte et mystérieuse, mais qu'elles sont pour le misme hospitalier ce que

sont les chaleurs orageuses pour le miasme paludéen, ce que sont les sécheresses prolongées pour les miasmes des grandes villes, ce que sont les temps de dégel ou d'humidité pour les miasmes de toutes les habitations.

Je désire être bien compris : je ne répète pas ce qui a été réfuté, à savoir, que l'électricité, les orages, les pluies, les tempêtes, etc., agiraient directement sur les accouchées, et feraient éclore chez elles la fièvre puerpérale. Ce que je dis, c'est que *dans l'intérieur des maternités infectées*, comme nous le verrons, les mouvements météorologiques, plus fréquents en de certains mois, rendent par leurs actions successives le miasme de l'hôpital plus subtil et plus puissant dans ses effets.

Je fonde cette opinion, je dirai cette hypothèse, car mes arguments ne sont pas encore suffisants, sur trois faits : 1° les mois d'avril et d'octobre, essentiellement variables, ont la mortalité la plus intense ; 2° l'ordre dans lequel se rangent les autres mois au point de vue de la mortalité est aussi leur ordre de variabilité atmosphérique ; 3° je montrerai dans un moment que lorsqu'en certaines années la constatation météorologique affecte une prédominance marquée pour la forme estivale ou pour la forme hibernale, ces deux mots pris dans un sens général, on voit la mortalité des maternités subir cette influence non plus seulement dans un même lieu, mais dans des établissements, des villes, des contrées distinctes.

En effet, messieurs, les partisans de l'épidémicité de la fièvre puerpérale, se sont complu à rappeler qu'à des époques déjà éloignées, on l'avait vu sévir en même temps dans les hôpitaux et sur la population urbaine ; à Paris, par exemple, en 1746 et en 1782 ; à Londres, en 1769. Dans son discours à l'Académie de médecine lors de la discussion sur la fièvre puerpérale, notre éminent collègue M. Danyau disait qu'en 1819 l'Allemagne, l'Italie, la France, l'Angleterre, la Suède et la Russie avaient été simultanément atteintes.

A ces faits j'en ajouterai d'autres : en 1829, la Maternité, l'hôpital Saint-Louis, l'Hôtel-Dieu avaient tous une forte mortalité.

En 1841 et 42, la Maternité de Vienne, celle de Paris, Saint-Louis, la Clinique et l'Hôtel-Dieu ; en 1853 et 1854, les Maternités de Vienne et de Paris, la Clinique et l'Hôtel-Dieu ; en 1864, les mêmes hôpitaux à Paris et à Vienne subissaient en même temps les mêmes effets funestes.

C'est là le revers de la médaille ; avant de tirer une conclusion, regardons-en la face. Voici ce qu'elle nous montre : en 1848, 1849, 1850, 1851 et même 1852, la mortalité des accouchées dans les hôpitaux est très-basse à la fois à Vienne, à Dresde, à Londres, à Paris ; et

dans tous les services de cette ville, Maternité, Clinique, Saint-Louis, Hôtel-Dieu.

Qu'est-ce à dire ? Si on veut admettre que c'est l'épidémie qui couvrait l'Europe en 1829, 1844, etc., admettra-t-on que l'*antiépidémie* suivait le même chemin pendant la période 1847-1854 ?

Cela n'aurait pas de sens, et cependant la logique le voudrait pour ceux qui persistent à croire à l'épidémie.

Quant à moi, je repousse cette explication et je soutiens que tous ces faits, hautes et basses mortalités, simultanés, s'expliquent beaucoup plus simplement par l'influence météorologique prédominante dans les années citées.

Je n'ai rien à dire de l'année 1849, mais qui ne sait que 1829 fut caractérisé par un froid rigoureux et persistant, que 1842 fut une année de grande sécheresse, que 1853, 1854, 1864, furent des années de tempêtes, de pluies prolongées et de trouble saisonnier profond qui eut pour résultat de produire, au moins en France, la disette des récoltes ? Inversement avez-vous oublié que les années 1848 à 1854, et notamment 1848 et 1849, eurent de longs étés sans trop grande sécheresse et en conséquence d'abondantes récoltes ?

Mais, pourra-t-on dire, qu'importe que l'épidémie reconnaisse pour cause une influence météorologique ou une autre influence morbifique, elle n'en est pas moins l'épidémie. Non, elle n'est pas l'épidémie, car elle sévit seulement dans les maternités ; car si je découvre une simultanéité plus ou moins large dans certaines années, assez peu nombreuses du reste, en revanche, pendant toutes les autres années, je vois des dissemblances extrêmes dans des localités distantes ou rapprochées. Je vois la Maternité atteindre en 1864 le chiffre mortuaire de 20,26 p. 400, tandis que le service temporaire de Villas perdait 4,73 p. 400, tandis qu'à l'Hôtel-Dieu et à la Clinique la mortalité oscillait entre 3 et 4 p. 400. Je vois encore que ce qu'on appelle l'épidémie, au milieu de ses prédilections générales pour les maternités, ferait encore un choix parmi elles et accablerait les unes de ses tristes faveurs, tandis qu'elle oublierait presque les autres. Je vois enfin que ces épidémies puerpérales présenteraient un caractère absolument insolite, à savoir, qu'avec une puissance redoutable et parfois irrésistible dans un foyer, elles auraient une force d'expansion hors du foyer à peu près nulle.

Pour tous ces motifs, je soutiens que les maladies puerpérales ne sont pas d'origine épidémique, qu'elles ne sont pas causées par une puissance impossible à prévoir qui voyagerait dans l'air et se révélerait seulement par ses victimes. J'apporte, à cet égard, l'appui de mes convictions motivées à l'opinion qu'a soutenue M. Le Fort, et

j'espère que nous arriverons promptement à un accord général sur cet important sujet.

M. Tarnier conserve le mot épidémie, mais, à la façon dont il s'est exprimé, je crois pouvoir dire qu'il n'existe guère de différence dans nos manières de voir. Il veut, pour qu'il y ait épidémie, que la population hospitalière et la population civile soient également atteintes. A ce compte, il n'y a plus entre nous qu'un mot, c'est-à-dire rien.

M. Guyon, lui aussi, croit au génie épidémique; il nous dira, sans doute, prochainement sur quoi reposent ses croyances. Je n'oserais pas avancer qu'elles ne soient pas très-solides, cependant je les trouve résumées dans cette phrase écrite par lui : Toute maladie s'élevant à la puissance épidémique se double de contagion. On peut traduire : toute maladie épidémique est contagieuse. Or, qui dit contagion ne prend plus le mot épidémique que comme un adjectif de quantité sans valeur doctrinale.

Ah ! je conçois, messieurs, qu'on se rattache au mot épidémie et à l'idée qu'il recèle. C'est un aveu d'impuissance. On montre les efforts tentés, les améliorations accomplies, les hôpitaux transformés sous tous les rapports; l'air, la lumière, la propreté substitués à l'encombrement, à l'obscurité noire et sordide, et de guerre lasse on invoque l'inconnu, l'indémontrable.

Le mot est commode pour se soustraire à ce que je nommais un cauchemar dans notre discussion sur l'hygiène des hôpitaux, pour échapper au poids de cette mortalité invaincue jusqu'ici des maisons d'accouchement. Mais que sert un mot s'il n'est la représentation d'un fait ? Or le fait n'existe pas, donc il faut renoncer à l'expression ou du moins ne plus la prendre que dans son sens étymologique : maladie qui frappe à la fois un grand nombre de personnes.

Il faudrait d'ailleurs se garder de croire que l'insalubrité proprement dite ne joue aucun rôle dans la mortalité des accouchées. Déjà nous avons vu son expression caractérisée à l'ancien Hôtel-Dieu et aujourd'hui encore les maternités de Bordeaux (hôpital Saint-André), Strasbourg, Nantes (ancienne), Caen, Limoges, Colmar, etc., témoignent des effets déplorables d'une mauvaise installation et montrent la maladie et la mort installées d'une manière permanente dans leurs salles. Il n'est pas nécessaire d'insister sur ce point.

Je m'arrête dans cette étude de la mortalité considérée dans sa répartition sur les différents groupes d'individus et dans sa marche si accidentée et si variable, répartition et marche qu'on ne saurait négliger dans la recherche des causes que j'aborde maintenant.

M. LE FORT. Il serait à désirer que les tableaux graphiques

dressés par M. Trélat, à l'appui de son argumentation, fussent insérés au Bulletin.

Cette proposition est adoptée.

COMMUNICATION.

Extirpation de l'utérus. — Guérison.

M. CHASSIN lit une observation d'extirpation de l'utérus, pratiquée pour une inversion complète et ancienne ; la pièce pathologique est mise sous les yeux de la Société. M. Chassin désire être compris au nombre des candidats au titre de membre correspondant national. Commissaires : **MM. Tillaux, Tarnier, Guyon.**

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 18 AVRIL 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les journaux de médecine de la semaine.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Désarticulation de la cuisse.

M. LARREY présente, au nom de M. Jules Roux (de Toulon), l'un de ses opérés de la désarticulation consécutive de la cuisse, et il en résume l'observation ainsi :

Un ex-sous-officier du 65^e de ligne, nommé V..., avait été blessé, le 4 juin 1859, à la bataille de Magenta, par un coup de feu qui lui avait fracturé le fémur gauche à son tiers supérieur. La fracture comminutive et compliquée de plaie aurait motivé l'amputation immédiate de la cuisse, si l'on n'eût justement redouté les chances si défavorables de la désarticulation primitive.

La conservation du membre fut donc heureusement tentée à l'hôpital Maggiore (de Milan), avec le soin d'extraire toutes les esquilles détachées, en immobilisant le membre dans l'extension. La fracture ne parvint qu'à une consolidation incomplète au bout de quatre mois, et le blessé fut évacué sur Toulon, avec toutes les précautions dési-

rables. Mais l'engorgement de la cuisse, la persistance de la suppuration et la présence d'esquilles secondaires ou de fragments nécrosés rendirent insuffisante, pour la guérison définitive, l'extraction de ces corps étrangers.

M. J. Roux trouvant là d'ailleurs les signes de l'ostéomyélite qu'il a savamment décrite, crut devoir procéder à la désarticulation coxo-fémorale qu'il pratiqua, par la méthode à lambeaux antéro-postérieurs, le 4 novembre, cinq mois jour pour jour après la blessure. La réunion par des points de suture n'empêcha pas la suppuration de persister pendant longtemps encore.

L'amputé ne rejoignit son régiment qu'en juin 1860, muni d'un appareil flexible à la hanche et au genou, garni d'une double ceinture en coutil et en cuir, soutenu par des bretelles et terminé par un simple pilon. Il conserva cet appareil pendant six mois, mais son poids était si lourd en l'exposant à des chutes, qu'il dut y renoncer. Il préféra, dès lors, laisser son moignon libre, en se soutenant sur des béquilles, malgré la gêne extrême de cette nécessité. Quant à la cicatrice, elle est transversale, régulière, solide, et permettrait fort bien l'application d'un autre appareil mieux construit que le précédent.

M. Larrey, en présentant cet amputé, rappelle la sage temporisation des chirurgiens militaires de notre époque, en présence des blessures du même genre, et l'opinion nettement exposée à cet égard, par M. Legouest, dans son *Mémoire sur la désarticulation coxo-fémorale, au point de vue de la chirurgie d'armée*, opinion soutenue et développée par lui-même en 1855, dans un rapport à la Société de chirurgie sur cet excellent travail.

COMITÉ SECRET.

La Société se forme en comité secret à quatre heures.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 25 AVRIL 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend les communications suivantes :

— M. le docteur Charpignon, médecin des prisons d'Orléans,

adresse une observation de *fracture du crâne*. (Commission : MM. Tillaux, Desprès, Guyon.)

— M. le docteur A. L. Thomas (de Tours) adresse, pour le concours du prix Duval, sa thèse inaugurale sur le *pneumatocèle du crâne*. De plus un mémoire sur l'*ulcération des tumeurs adénoïdes du sein*.

— M. Larrey fait hommage, au nom de M. Joseph Barnes, chirurgien général de l'armée des États-Unis d'Amérique, du *rapport sur le service médico-chirurgical pendant la dernière guerre*.

— M. Giraldès fait hommage, au nom de M. le docteur F. da Costa-Alvarenga, professeur à l'École de médecine de Lisbonne, d'un mémoire sur l'*ectocardie*.

— M. le docteur Martinenq, chirurgien de marine de première classe, adresse plusieurs mémoires sur les *épidémies de choléra* observées à Toulon pendant les années 1848, 65, 66.

La Société reçoit :

Les journaux de la semaine ;

Et le tome II^e de la 2^e série des *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*.

PRÉSENTATION D'APPAREIL.

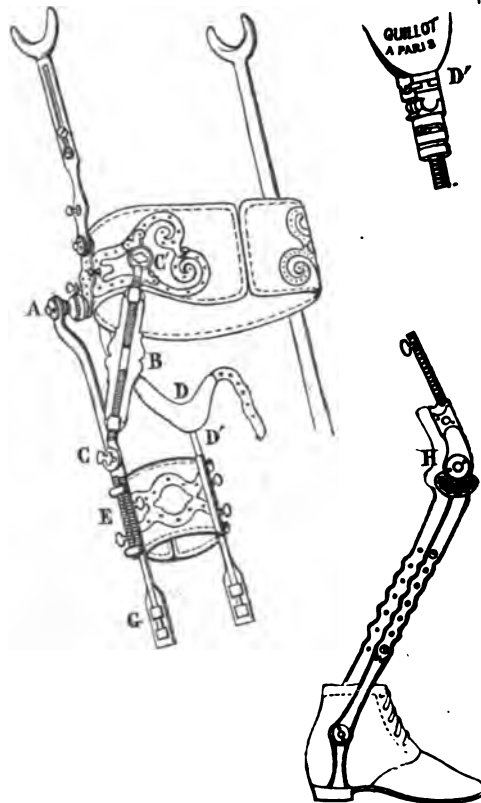
M. LÉON LE FORT présente à la Société un appareil imaginé par lui, pour répondre aux diverses indications du traitement de la coxalgie.

L'appareil que j'ai l'honneur de présenter à la Société est destiné à permettre le redressement graduel de la cuisse fléchie sur le bassin dans les cas de coxalgie, à empêcher ou mieux à diminuer la pression de la tête fémorale contre la cavité cotyloïde, tout en permettant les mouvements de l'articulation et même la marche ; il peut, lorsque l'indication s'en présente, servir d'appareil inamovible, quelque position que puisse affecter le membre. Ces effets différents sont obtenus par les moyens suivants :

L'appareil, dans son ensemble, ressemble aux nombreux appareils qui existent aujourd'hui dans la science ; il s'en distingue essentiellement par quelques modifications.

Entre la ceinture pelvienne et la tige fémorale externe, se trouve une pièce qu'on peut enlever ou replacer à volonté au moyen des verrous qui s'engagent dans les échancrures que portent ses plaques terminales. L'écrou allongé qui en forme la partie principale écarte ou rapproche, suivant le sens dans lequel on le tourne, les deux vis qui s'y engagent. Il est facile de voir qu'on obtient de cette manière un redressement graduel, dont le chirurgien règle à volonté l'étendue.

L'articulation du cuissard avec la ceinture consiste en une boule sphérique roulant dans une cavité, et de cette manière on obtient la



- A. Articulation pouvant être immobilisée en resserrant la vis placée au-dessus.
- B. Double écrou destiné à régler l'extension du membre.
- C, C'. Verrous permettant d'enlever ou d'appliquer l'écrou mobile.
- D. Point d'appui pour l'ischion.
- D'. Articulation de cette pièce, avec l'attelle interne.
- E. Double crémaillère.
- G. Pièce employée lorsque le point d'extension est pris au-dessus du genou.
- H. Pièce de rechange employée lorsque l'extension est faite sur la jambe et sur le pied.

possibilité de mouvements de flexion, d'extension, d'adduction, d'abduction et de circumduction, à peu près dans la même étendue que dans l'articulation de la hanche.

Mais, si l'écrou étant enlevé, après avoir obtenu la rectitude du membre, on veut, par suite de la réapparition de quelques douleurs, revenir à l'immobilité, il suffit de tourner la vis placée à la partie supérieure de l'articulation. Cette vis rapproche les deux parties d'un collier qui serre, comme dans un étau, la sphère articulaire et l'appareil est immédiatement transformé en appareil inamovible.

L'extension peut, comme dans l'appareil de M. Sayre (de New-York), être faite au moyen d'une genouillère lacée au-dessus du genou, à laquelle s'attachent des courroies qui viennent se boucler sur la face extérieure des tiges interne et externe, après s'être réfléchies dans les ouvertures dont est creusée l'extrémité de chacune de ces tiges. Une double crémaillère permet de pratiquer l'extension avec toute la force désirable.

Mais dans l'appareil de M. Sayre, le point d'appui est pris sur l'ischion au moyen d'un cylindre élastique attaché à la ceinture pelvienne; j'ai cru préférable de prendre ce point d'appui de la même façon que dans tous nos appareils de prothèse après l'amputation du membre inférieur. Seulement j'ai fait subir à la manière de prendre ce point d'appui une modification qui m'a paru indispensable et applicable à tous les membres artificiels. Le cuissard, appuyant sur l'ischion, est mobile avec la cuisse; il frotte donc sur les parties auxquelles il répond et sur lesquelles il appuie; de là des excoriations et quelquefois pis. Au moyen d'une triple articulation dont on se rendra facilement compte à l'inspection de la petite figure partielle, la pièce ischiatique jouit de tous les mouvements sur la tige qu'elle surmonte; mais elle reste immobile sur l'ischion, quels que soient les mouvements imprimés aux membres.

Si au lieu de faire l'extension suivant le procédé américain on veut la pratiquer sur la jambe et le pied, il est facile de substituer la pièce jambièrre dessinée à part, aux tiges mises en place sur le dessin principal. Si même la jambe avait aussi besoin d'être redressée, une pièce en arc de cercle, dans les crans de laquelle s'engage une vis construite à la façon de celles qui articulent les branches du forceps, permet de maintenir fixe la flexion ou l'extension du genou.

Quant aux béquillons, limités dans leur mouvement par un moyen très-simple, ils peuvent être placés ou enlevés à volonté.

Je crois, messieurs, qu'on peut avec cet appareil remplir toutes les indications du traitement mécanique de la coxalgie, obtenir le redressement graduel ou maintenir le redressement obtenu par le chlo-

roforme, avoir à volonté la mobilité et l'immobilité, empêcher la pression des surfaces articulaires l'une contre l'autre, faire exécuter au membre des mouvements de rotation en dehors et d'abduction aussi bien que les mouvements de flexion et d'extension.

J'ajoute que cet appareil a été, sur mes indications, construit avec une grande habileté, par un jeune et consciencieux fabricant, M. Guilot.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Carie du rocher. — Ulcération de la carotide interne. — Ligature de la carotide primitive.

M. BROCA, en présentant à la Société la pièce anatomique incomplètement disséquée, avait conclu à l'ulcération d'une branche de la carotide externe. La stylo-maxillaire ou la maxillaire interne, pour ainsi dire comprises dans les parois d'un abcès, avaient été soupçonnées. Une dissection complète a montré qu'il s'agissait d'une ulcération de la carotide interne dans le rocher.

La dissection est donc venue confirmer le diagnostic porté par M. Broca et que le premier examen de la pièce lui avait fait abandonner.

Ainsi qu'il l'a dit à la Société, M. Broca avait eu le projet de lier la carotide interne, le vaisseau serré dans le fil était la carotide primitive, ce dont il fut possible de s'apercevoir sur le vivant en constatant la suppression des battements dans la temporale.

Tous ces détails sont consignés dans l'observation suivante, recueillie par M. Joly, interne du service.

S... (Étienne), quarante-sept ans, plâtrier, est admis le 21 février 1866 à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Axenfeld.

Il raconte qu'il tousse depuis environ un an. Étant soldat il a eu les fièvres et une ascite qui disparut à la suite de sueurs profuses. Depuis deux mois environ il est sourd de l'oreille droite, par laquelle s'est écoulé et s'écoule encore un peu de pus.

Le 15 février, au milieu de son travail, tout à coup et sans douleur, il sentit que le sang lui montait à la tête et s'écoulait par son oreille droite en quantité assez considérable. Cette hémorrhagie se reproduisit plusieurs fois les jours suivants et le malade se décida à entrer à l'hôpital.

Le 21 février, jour de son admission, nouvel écoulement, presque en jet, d'un sang vermeil et rutilant. Le malade est dans un état d'anémie profonde. Signes manifestes de tuberculisation aux deux sommets; existence d'une caverne à droite.

Sous l'influence du repos, pendant les trois premiers jours, pas d'écoulement sanguin.

Le 25, hémorrhagie très-abondante, tamponnement de l'oreille.

Le 28, le tampon s'était dérangé. Écoulement peu abondant.

Le 4 mars, à deux heures du matin, hémorrhagie très-abondante, qui dure jusqu'à sept heures et se fait sans douleur. Quelques bruissements dans l'oreille droite précèdent l'écoulement dont le malade n'est averti que par la sensation d'un liquide chaud.

L'inspection de l'oreille ne fournit aucun renseignement sur la source de l'hémorrhagie. Le malade affirme que le sang ne descend jamais dans la gorge. Une seule fois, dit-il, il a coulé une petite quantité de sang. Quand on le fait souffler, le nez et la bouche fermés, il prétend sentir son oreille se gonfler. L'air ne sort pas par le conduit auditif externe.

Le 10, hémorrhagie légère qui s'arrête par l'eau fraîche et la compression sur l'oreille. Anémie de plus en plus profonde. Un peu de scorbut des gencives qui saignent au moindre contact. Toute la face est douloureuse.

Le 13, hémorrhagie, 100 grammes de sang environ.

Le 17, à quatre heures, nouvelle hémorrhagie ; elle dure six à sept minutes, et s'arrête pour reparaitre un quart d'heure après ; 600 grammes de sang.

Le 21, nouvelle hémorrhagie. Tamponnement.

Le 25, hémorrhagie très-considérable. Le sang sort en bouillonnant de l'oreille ; il est rouge vermeil et provient évidemment d'une voie artérielle.

Le 26, en présence de ces hémorrhagies répétées, M. Broca se décide à pratiquer la ligature de la carotide ; il fait passer le malade dans son service, salle Saint-Ferdinand, n° 16.

Opération. — Le malade est chloroformé pour la recherche du vaisseau, qui se fait au moyen d'une incision le long du bord du sternomastoïdien. Cette incision dépasse en haut de plusieurs centimètres le bord supérieur du cartilage thyroïde. M. Broca se proposait de lier la carotide interne. L'artère mise à nu, on passe un fil sous elle, et le malade, réveillé au moment de la ligature, n'éprouve aucun trouble cérébral ; il continue même ses phrases interrompues seulement par un cri de douleur au moment où on serre le nœud. La plaie est pansée à plat, et le malade reporté dans son lit.

La journée est assez bonne, pas d'hémorrhagie par l'oreille, ni de troubles cérébraux.

Le 27, le malade n'a pas dormi, mais la fièvre est modérée ; il a de l'appétit. La vision de l'œil droit est un peu troublée. Il n'a plus

de bourdonnements d'oreille qu'il avait d'habitude du côté malade, mais il en accuse de très-intenses du côté sain.

Le 28, la plaie va bien. Un peu de gêne et de douleur dans la moitié droite de la tête. La circulation cérébrale s'est rétablie sans accident.

Le 30, rien de nouveau, la plaie va bien. Écoulement abondant de pus par l'oreille.

Les jours suivants, le malade se plaignant de l'affaiblissement de la vue du côté opéré, on constate qu'en effet il ne peut lire avec cet œil que les très-gros caractères. L'examen ophtalmoscopique ne montre aucune lésion appréciable ; peut-être un peu moins de turbulence des vaisseaux rétinien.

La toux augmente. Un peu de dyspnée.

Le 7 avril, dans un effort de toux, il s'écoule quelques gouttes de sang par l'oreille, ce suintement est facilement arrêté par une compression légère. Du reste jamais, au dire du malade, il n'était resté aussi longtemps, avant l'opération, sans avoir d'hémorrhagie.

Le 8, le sang continue à couler en petite quantité dans les efforts que fait le malade d'ailleurs très-indocile.

Les 9 et 10, même tendance à l'hémorrhagie, glace en permanence sur l'oreille. L'écoulement s'arrête pour ne plus reparaitre.

Le 15, le fil est tombé sans hémorrhagie ; la plaie de la ligature est recouverte par une croûte qui, de temps en temps, se détache pour livrer passage à une petite quantité de pus.

Mais la phthisie pulmonaire fait des progrès rapides. Fièvre le soir. Toux continuelle. Étouffements qui fatiguent beaucoup le malade.

Le 22, *mort*, par suite des progrès incessants de l'affection tuberculeuse.

Autopsie. — Les poumons sont infiltrés de tubercules, surtout les deux sommets. Caverne à droite.

On enlève le tronc brachio-céphalique, les carotides, le temporal droit, et le condyle du maxillaire inférieur.

Examen de la pièce. — La ligature a porté sur la carotide primitive à un centimètre et demi au-dessous de sa bifurcation. Les deux bouts de l'artère, coupée par le fil, se sont rétractés. Sur le bout inférieur, les parois artérielles froncées forment un entonnoir incomplètement cicatrisé qui conduit sur le caillot. Celui-ci remplit l'artère, descend presque jusqu'à sa naissance, et se termine à ce niveau par une extrémité arrondie qui n'occupe pas tout le calibre du vaisseau.

Au bout supérieur la cicatrisation est moins avancée et le caillot.

moins adhérent, se laisse assez facilement décoller. Il remonte jusque dans le canal carotidien.

Il y a, entre les deux bouts de l'artère et dans la gaine celluleuse, un petit foyer purulent qui communique avec l'extérieur.

Le conduit auditif est carié, la membrane du tympan détruite, et un petit abcès a décollé les muscles et s'est logé entre l'apophyse styloïde et le col du condyle ; il est longé par l'artère maxillaire interne et par l'artère stylo-mastoïdienne qui est très-volumineuse. Ces deux artères sont comprises dans l'épaisseur des parois de l'abcès. On a cru d'abord que c'était l'une d'elles qui avait fourni le sang des hémorrhagies. Mais une étude plus approfondie a démontré qu'elles n'étaient pas perforées.

Un trait de scie détache toute la partie interne du rocher qui est saine. L'adhérence de la dure-mère à ce niveau est normale.

Un stylet introduit dans la carotide par l'orifice interne du canal carotidien, vient heurter la paroi de ce canal, indiquant ainsi une ulcération de l'artère à ce niveau.

Sculptant alors avec la gouge le canal carotidien, on arrive jusqu'à l'oreille moyenne. La caisse du tympan est cariée, la chaîne des osselets détruite ; un ou deux seulement de ces petits os restent encore ; le stylet introduit dans l'artère pénètre librement dans cette caisse, en soulevant une petite lamelle d'os carié, dernier vestige de la paroi du canal carotidien.

Trois stylets portés, l'un par la carotide, l'autre par le conduit auditif, le troisième par la trompe d'Eustache, viennent se rencontrer tous trois dans la caisse du tympan.

M. LE FORT. Je demanderai à M. Broca pour quelle raison il aurait préféré lier la carotide interne. J'ai fait une statistique de deux ou trois cents cas de ligature de la carotide, la moitié des malades sont morts par le cerveau. Je serais disposé à préférer, en principe, la ligature de la carotide primitive à celle de la carotide interne.

M. BROCA. Une statistique moins étendue m'a aussi démontré les dangers de la suppression brusque d'une partie de la circulation cérébrale. Mais j'avais surtout ici à me préoccuper de l'hémorrhagie. Il fallait à tout prix que le malade fût mis à l'abri d'une nouvelle perte de sang. La ligature de la carotide interne évitait plus sûrement ce danger.

DISCUSSION.

Hygiène des maternités.

M. Trélat a la parole pour continuer sa communication.

M. TRÉLAT. Jusqu'ici, messieurs, nous avons vu que dans l'en-

ceinte des maternités, la mort frappe plus souvent certains individus ou certaines catégories d'individus que d'autres; nous avons vu encore qu'au milieu de ses incessantes variations, la mortalité obéit cependant à quelques influences générales, qui, suivant les époques, augmentent ou diminuent le chiffre relatif des morts.

Quelle que soit l'importance de ces faits, il faut les prendre pour ce qu'ils veulent dire et ne pas leur extorquer une signification qu'ils n'ont pas.

Ils disent que la mortalité suit une marche variée, mais ils ne disent pas pourquoi le niveau moyen de cette marche est toujours élevé; ils ne disent pas pourquoi sur ce niveau moyen on observe plus ou moins fréquemment des recrudescences excessives pendant lesquelles on voit mourir le quart, le tiers et quelquefois la moitié des accouchées.

Si je me suis aussi longuement étendu sur tout ce qui précède, c'est justement pour être en mesure d'énoncer avec sécurité que ni les prédispositions individuelles, ni les influences rhéorologiques, saisonnières ou autres, ne fournissent l'explication indispensable à trouver de cette haute mortalité.

Celle-ci reconnaît, dans mon opinion, pour cause fondamentale, l'infection hospitalière.

Ce mot a besoin d'être défini : un hôpital dans lequel des accouchées, et surtout des accouchées malades, ont séjourné pendant longtemps d'une manière continue, est infecté ou imprégné de leurs émanations qui, sous des formes variées, poussières ou vapeurs, s'attachent d'une manière persistante aux murailles, plafonds, planchers, aux meubles et aux objets de lingerie.

Cette imprégnation est parfaitement compatible avec la bonne tenue de l'hôpital et avec la propreté des salles. Aussi est-ce avec grande raison qu'on a insisté sur ceci, qu'une habitation obscure, mal aérée, malpropre et insalubre d'une manière générale n'est pas pour cela imprégnée de miasmes spéciaux, tandis qu'au contraire un local salubre et propre peut être infecté de ces mêmes miasmes. Disons donc qu'insalubrité et infection sont deux choses distinctes qui pourront, suivant les circonstances, exister séparément ou concurremment.

Il importe qu'on soit bien fixé sur cette différence essentielle et quoique M. Tarnier nous ait déjà fait voir toute la distance qui sépare, au point de vue des suites de couches, la plus misérable demeure de l'hôpital le plus parfait, quoique M. Hervieux se soit attaché dans son travail à bien définir l'infection hospitalière, je ne crois pas réclamer inutilement votre attention en l'attirant sur la comparaison de ces deux influences nuisibles, trop longtemps confondues au grand

préjudice des malades que l'infection tue dans un milieu salubre, tandis qu'elles guérissent dans leurs taudis salubres ou non.

Je dirai tout à l'heure les preuves de l'infection, mais si pour un moment vous voulez bien admettre la réalité de sa puissance, vous comprendrez pourquoi, abstraction faite des épidémies, on observe presque en tout temps dans les maternités, des affections septiques plus ou moins graves, plus ou moins curables, de celles qu'on appelle localisées et qui portent les noms de métrite, péritonite, phlébite, angioleucite, etc.; vous comprendrez pourquoi ces états pathologiques, qu'on rencontre aussi hors des hôpitaux, sont néanmoins beaucoup plus fréquents dans les services d'accouchements même les mieux tenus; vous comprendrez encore comment il se fait que de temps à autre la situation sanitaire semble chancelante et révèle, par ce trouble plus ou moins profond, la tempête qui va éclater. C'est là ce que M. Guyon appelle le cortège précurseur des épidémies, cortège dont M. Blot nous parlait dernièrement à propos de l'ophthalmie des nouveau-nés. Je ne vois, quant à moi, dans ce fait que l'influence de l'infection, exagérée à de certains moments, soit par de mauvaises mesures hygiéniques, soit par un encombrement temporaire, soit par une action météorologique.

Que cet état de choses persiste et bientôt les malades se multiplient; les maladies revêtent un caractère grave, elles frappent d'une manière soudaine et violente, leur marche s'accélère vers le terme fatal qui est atteint en peu de jours et parfois en quelques heures. C'est alors que ces malades constituant chacune une source abondante de miasmes infectieux, on voit s'ajouter à l'infection ancienne, l'infection actuelle plus puissante, plus continue, plus efficace et déterminant une véritable contagion d'autant plus redoutable que le voisinage est plus grand, d'autant plus cruelle dans ses effets que le nombre des accouchées exposées est plus considérable.

Aussi, quand les conditions de la contagion se réalisent, c'est-à-dire quand une ou plusieurs malades sont en contact avec des femmes en couches bien portantes jusque-là, quels que soient l'âge et le tempérament de ces femmes, quelle que soit la saison, quel que soit l'établissement, on voit la mortalité prendre un accroissement subit et proportionnel, quant au total, au nombre des habitantes de l'hôpital. Cela est la cause de ces prétendues épidémies qui sévissent isolément tantôt dans une maternité, tantôt dans une autre, témoignant ainsi que leur source est bien dans la maison où elles restent confinées.

En somme, infection permanente, contagion accidentelle plus ou moins fréquente, tels sont dans ma pensée les deux génies malfaisants qui règnent sur les maternités.

Dès lors on s'explique sans embarras ces sortes d'épidémies sub-intrantes ou mieux ces mortalités continues rémittentes qui ont été observées dans les établissements les plus divers et que nous voyons assiéger depuis huit années consécutives la Maternité de Paris. C'est qu'on ne se débarrasse pas aisément de l'infection ; comme le feu sous la cendre, elle couve sous les couches de peinture ; à la première occasion elle se manifeste et ne tarde pas à rallumer les torches funèbres de la contagion.

Notre collègue M. Tarnier, d'accord avec M. Hervieux, ne distingue pas la contagion de l'infection. Je reconnais qu'elles s'unissent par des liens étroits, que l'une est fille de l'autre, mais je soutiens que ce sont deux choses distinctes. Sans doute l'émanation délétère qui porte la contagion est la même que celle qui imprègne les murailles. Mais le mot infection indique non la production des miasmes, mais uniquement la faculté que possèdent les parois et les meubles des locaux habités de fixer et de conserver ces miasmes.

Et d'ailleurs on peut saisir dans certaines circonstances l'action isolée de l'une ou de l'autre influence. Qu'une fièvre puerpérale éclate dans une maternité toute neuve, spacieuse, aérée, qu'elle y fasse en peu de temps deux ou dix victimes, invoquera-t-on l'infection ? Cela n'aurait pas de sens. La contagion seule peut être mise en cause. Ce n'est pas un fait rare que de voir des établissements neufs envahis au bout de très-peu de temps par la fièvre puerpérale. La Maternité de Paris, la Clinique et bien d'autres pourraient me servir d'exemple. D'autre part, prenez un petit hôpital ou un petit service d'accouchements comme ceux qui existent dans les villes de province, Avignon, Montpellier, Angoulême, etc., où le nombre des accouchements est très-peu considérable et où on n'a jamais vu, dit-on, d'épidémie ; là la mortalité est encore de 3 à 4, 5 pour 400. Là c'est l'infection qui agit seule.

Si j'insiste sur cette distinction, ce n'est pas seulement parce qu'elle est rationnelle, parce qu'elle précise les termes, mais encore parce que la prophylaxie doit tendre vers l'un et l'autre sens, parce qu'il y a là deux indications séparées qui demandent chacune à être remplies par des moyens propres.

Je ne voudrais toucher ici à aucune question de doctrine en matière de pathogénie ; cependant je ne puis passer sous silence une opinion que je crois peu fondée et que je considère comme dangereuse dans ses conséquences. Suivant elle, les mêmes affections puerpérales seraient contagieuses dans certains cas, non contagieuses dans d'autres. C'est l'absence ou l'existence de l'état épidémique qui établirait la distinction. Il en résulterait que hors les temps d'épidémie, on

pourrait relâcher la discipline et ne plus veiller avec le même soin à l'exécution des mesures hygiéniques.

Sur quoi se fonde cette assertion ? Sur ce fait souvent invoqué et mal interprété, que toutes les fièvres puerpérales ne déterminent pas une contagion évidente. Mais dans quel code pathologique est-il écrit que toute maladie contagieuse doit toujours étendre son action sur le même nombre d'individus ? D'ailleurs, qui connaît *toutes* les circonstances qui annulent, retardent, ralentissent ou accélèrent et accroissent la puissance de la contagion ? Personne assurément. Disons donc simplement que la contagion n'est pas nécessaire et fatale, qu'elle peut manquer de même qu'un corps inflammable peut, suivant le cas, ne pas s'enflammer ; mais de ce que l'effet habituel n'apparaît pas, n'allons pas conclure que la cause fait défaut. Ce serait un procédé de raisonnement trop simple pour l'appliquer aux faits si complexes de la pathogénie. Et surtout gardons-nous de croire à la fallacieuse innocuité d'aucune fièvre puerpérale. Nous nous réserverions d'amères et trop fréquentes déceptions. Quand tout brûle, il est trop tard pour s'assurer et l'étincelle peut allumer l'incendie aussi bien que le brasier. Tout dépend des conditions particulières, et si la contagion atteint sa toute puissance pendant les épidémies, si elle fait les épidémies, sachons, au lieu de la subir, l'empêcher de naître et de se développer en la frappant dans son germe, en éloignant dès le début tout cas de maladie, si bénin qu'il paraisse.

Je viens de chercher à établir les rôles respectifs que l'infection et la contagion jouent dans le drame des maternités ; permettez-moi de vous dire maintenant sur quelles preuves me paraît reposer l'existence de ces influences délétères.

Voyons d'abord pour l'infection. Sauf de très-rares exceptions, la mortalité varie dans les maternités entre 2 et 5 ou 6 pour 100, année moyenne exempte d'épidémie. Cela s'observe dans des établissements d'aspect propre et salubre où on ne peut invoquer ni la mauvaise tenue, ni l'encombrement. Quelle raison plausible donnera-t-on de ce fait si général ? Je n'en vois qu'une seule : l'hôpital est infecté ; il constitue un milieu infectieux.

Autre observation : dans les maternités qui comptent de longues années de service, on remarque que les mortalités exceptionnelles sont d'autant plus violentes qu'il s'est écoulé plus de temps depuis l'ouverture de l'établissement. Ainsi, à une époque voisine du début, une année dite épidémique donnera 6 pour 100 ; quelques années après on touchera le chiffre de 7 ou 8 pour 100 ; plus tard 9, ensuite 10, puis 15 et 20 pour 100, etc. Les années intermédiaires plus ou moins nombreuses présenteront les résultats très-variables que nous con-

naissions déjà. Dans certains hôpitaux, les fortes mortalités deviendront en même temps plus élevées et plus fréquentes.

Ces faits ont une double signification. Ils appartiennent pour une part à la contagion, mais ils prouvent aussi que la contagion semble d'autant plus énergique que la Maternité est occupée depuis plus longtemps par des femmes en couches, c'est-à-dire infectée.

La Maternité de Vienne de 1784 à 1847, celle de Prague de 1848 à 1862, celle de Paris de 1802 à 1865, l'ancienne Maternité de Leipzig de 1810 à 1865, offrent des exemples caractéristiques.

On me dira peut-être que cette sorte de loi souffre des exceptions très-nombreuses, si nombreuses qu'elles annihilent la règle que je viens de poser.

Je n'ignore pas ces exceptions apparentes. Les deux services de Vienne depuis 1848, à Paris les services des hôpitaux Saint-Louis, Saint-Antoine, Hôtel-Dieu, les Maternités de Saint-Petersbourg, celles de Dresde, de Londres, de Rouen, de Dublin, ne témoignent nullement de cette marche ascendante ni du rapprochement des fortes mortalités.

Ces exceptions n'en sont pas. Dans tous ces hôpitaux l'infection a été ou prévenue ou combattue, voilà le secret. C'est en 1848 qu'ont commencé les réformes sérieuses opérées à la Maternité de Vienne, et constamment poursuivies jusqu'ici. Les deux établissements de Saint-Petersbourg ne nous sont connus que depuis 1845 et on sait par les travaux des médecins russes quels soins on apporte à la conservation de leur salubrité. Les Maternités de Dresde et de Londres ne font guère plus de 3 à 400 accouchements par an; condition éminemment favorable. Si les services des hôpitaux de Paris ont présenté, sinon une aggravation constante, du moins des variations très-fortes et irrégulières, cela tient à ce que ces services ont eu des installations diverses et que parfois on a fait d'excellente hygiène, un peu comme M. Jourdain faisait de la prose, sans le savoir; le changement des salles a été une mesure des plus efficaces.

La Maternité de Rouen donne, vous le savez, des résultats enviables : 4,66 p. 400 de mortalité en onze ans, 0,70 p. 400 pour les sept dernières années. Mais au début en 1856 et 1858, il y a eu des mortalités de 3,44 p. 400 et de 6,45 p. 400. L'habile médecin qui dirige cette maison, M. Hélot, prit alors ses mesures en conséquence et il nous racontait dans la visite que M. Tarnier et moi lui avons faite il y a quelques jours, comment il était arrivé à combattre avec avantage l'infection nosocomiale. Extrême propreté, très-grand espacement, très-long repos avec aération des salles, voilà ses moyens. Vous en apprécierez mieux la portée quand vous saurez que sur 44 lits le quart

seulement est occupé; qu'un même lit ne sert pas à dix femmes par an, c'est-à-dire qu'il est inoccupé pendant les trois quarts du temps. Dans ces conditions on comprend que l'infection ne soit pas possible, mais vous jugerez l'étendue des sacrifices d'espace et de matériel nécessaires pour se tenir en garde contre le poison puerpéral.

Dublin est encore plus remarquable en raison de la longue période pendant laquelle on peut le suivre et du nombre annuel des accouchements (plus de 2,000). Les chiffres moyens de mortalité décennale suivis pendant cent ans ont varié entre 0,9 p. 400 et 4,7 p. 400. Mais qui ignore que cet établissement est depuis bien des années considéré comme un modèle tant sous le rapport de l'aménagement que sous celui de l'organisation intérieure ?

Ce qui ressort de tout cela, c'est que suivant la manière dont on a combattu l'infection, les résultats ont été bons, médiocres ou mauvais et que ces derniers sont devenus de plus en plus mauvais avec le temps partout où les précautions nécessaires ont été négligées.

Quant à la contagion, suivant la juste remarque de M. Tarnier, elle est difficile à prouver à l'hôpital. Vous dites contagion, on vous répond épidémie. Aussi est-il nécessaire de choisir pour cette importante démonstration des faits où la contagion se montre pour ainsi dire à l'état de pureté. Non-seulement on a fait voir que des accouchées malades ont contaminé des accouchées saines près desquelles elles étaient transportées, mais encore on a montré l'accoucheur ou la sage-femme servant eux-mêmes de véhicule involontaire et inconscient au miasme puerpéral. Après les exemples cités par M. Danyau, par MM. Depaul, Hervieux, Le Fort, après ceux que je viens de lire dans la récente traduction de Fl. Churchill due à MM. Wieland et Dubrisay, il ne me paraît plus possible de révoquer en doute que la contagion puisse s'opérer par l'intermédiaire des tiers et à *fortiori* que la contagion soit possible.

Notre collègue M. Le Fort a donc bien fait de rappeler avec insistance ces cas frappants de contagion. Ils ont au point de vue de la preuve scientifique un prix incontestable. Mais là où M. Le Fort se trompe, à mon sens, c'est dans la valeur effective qu'il attribue à cette forme de la contagion. Peut-on oublier que ce sont là des faits rares, péniblement collectionnés depuis longtemps et dont le nombre, malgré ces recherches attentives, est resté fort restreint ?

Il ne faut pas compromettre une bonne cause par l'exagération et c'en serait, je crois, une excessive que de mettre sur le même plan la contagion directe d'accouchée à accouchée et la contagion par des tiers. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que ces faits ont donné lieu aux plus misérables imputations; aussi est-il nécessaire d'énoncer cette

vérité qu'on ne démentira pas : la transmission des maladies puerpérales par des tiers est possible, mais ce mode de transmission est, d'après tous les documents connus, excessivement rare, et je maintiens cette opinion jusqu'à ce qu'on me prouve de par la statistique que la part d'influence qui revient à la contagion indirecte dans la mortalité d'accouchées quelconques, à l'hôpital ou au dehors, est égale à celle de la contagion directe.

Quoique l'hôpital soit un champ d'observation un peu obscur pour le sujet qui nous occupe, j'ai suivi avec soin les faits qui se sont produits dans mon service pendant les derniers mois. La situation sanitaire était alors fort mauvaise à la Maternité; elle se traduisait en janvier et février par les chiffres de 7,84 et 27,48 p. 400.

Je reçois et je traite dans ma salle spacieuse, bien éclairée, propre et ne contenant que huit lits, toute accouchée qui a subi une opération légère ou grave. Il en résulte donc que, sauf accident, les clientes de mon service m'arrivent en bon état de santé.

Dans ces conditions, voici comment les choses se sont passées.

Dans le courant de décembre dernier la convalescence de mes accouchées était moins franche que précédemment; plusieurs avaient des malaises, des douleurs abdominales; cependant elles guérissaient. Le 48 décembre, une femme H... accouchée depuis quatre jours et placée au numéro 5 se plaignait de souffrir dans le ventre; le lendemain frisson; elle mourait le 26 après huit jours de maladie.

Le 8 janvier, la femme J... prend le lit numéro 7 après un accouchement laborieux (céphalotripsie pour la seconde fois), accidents immédiats et graves, mort le 47.

En face du numéro 7, la femme R... était couchée au numéro 1. Je la considérais comme guérie d'une péritonite qui avait suivi son accouchement, remontant au 26 décembre. Vers le 22 janvier douleurs vives dans le ventre et la fesse, recrudescence de la péritonite, vaste abcès sous-musculaire de la fesse; mort le 29 janvier.

Quelques jours se passent. La salle ne contenant plus de malades graves est largement aérée; on renouvelle les literies suspectes.

La femme D... occupe, après une application de forceps à la vulve, le lit numéro 3 (9 février). Le 40, frisson; mort le 44; quatre jours de maladie.

Ce même lit complètement renouvelé est pris le 48 février, quatre jours après la mort de la précédente occupante, par la malade R... (version); elle mourait au bout de cinq jours, le 23 février.

Sa voisine numéro 4, femme C... accouchée avec le forceps le 20, a un frisson le 22 et meurt le 26 février.

Huit jours s'écoulent sans nouvelles invasions. Le 5 mars, la femme L... est placée au numéro 4, accidents immédiats, mort le 9.

En présence de ces revers, de ces invasions précoces et de cette marche rapide des accidents, j'abandonne ma salle et je transporte mon service dans la salle Sainte-Adélaïde, éclairée d'un seul côté, très-inférieure à la salle Sainte-Marguerite, mais habituellement inoccupée.

Là je reçois le 20 mars une éclamptique, G...; coma léger, fièvre, ictère; le 22, péritonite évidente; mort le 30.

La femme S... robuste et résolue est accouchée avec le forceps le 26 mars. Elle est placée à côté de la malade précédente (pour profiter du voisinage de la fenêtre). Les premières vingt-quatre heures se passent très-bien, mais après ce temps, frisson violent et prolongé, mort au bout de cinq jours, le 1^{er} avril.

J'ajoute enfin que je soignais pendant le mois de février, dans la salle Sainte-Marguerite, une jeune nourrice qui avait un abcès du sein. Elle fut prise d'un érysipèle ambulante des plus graves et fut considérée par tous comme perdue. Elle guérit cependant.

Tel est le tableau succinct des faits qui ont passé sous mes yeux. Les cas de maladie s'enchaînent les uns avec les autres presque sans interruption, et là où naguère je suivais des guérisons faciles et parfois surprenantes (déchirures du périnée, du vagin, du col utérin), je vois maintenant les accidents les plus pernicioeux saisir mes malades très-rapidement, très-brusquement et les conduire en quelques jours à la mort. Quel changement s'est donc produit et à quelles causes rapporter de si désolants résultats?

Qu'on nie la contagion chez quelques-unes de mes malades, j'y consens, quoique j'en doute; mais pour les femmes D..., R... et C..., lits n^{os} 3 et 4 d'une part, pour les malades G.... et S... d'autre part, il me semble impossible, à moins de parti pris absolu, de ne pas reconnaître la contagion dans toute son évidence. Je me rappelle surtout les femmes Court.... et Steig.... qui ferment chacune leur série; elles étaient en très-bon état après l'accouchement, nullement prédisposées; vingt-quatre heures pour l'une, quarante-huit heures pour l'autre ont suffi pour leur faire sentir le frisson mortel.

Si je reconnais aujourd'hui la puissance de la contagion, ne croyez pas, messieurs, que j'aie été depuis longtemps prévenu en sa faveur. Bien loin de là. Depuis plus de deux ans que je suis à la Maternité, réfléchissant et observant la marche fluctuante et capricieuse de la mortalité, j'ai souvent hésité dans mes appréciations. Insalubrité ospitalière, épidémie, infection et contagion, je penchais tantôt vers l'une, tantôt vers l'autre, me roidissant toutefois contre la contagion

dont je n'apercevais pas la preuve. Après bien des lectures et des méditations, il a fallu les faits que je vous ai cités pour achever de me convaincre.

En récapitulant tout ce que j'ai eu l'honneur d'exposer devant vous, nous arrivons à quelques conclusions simples et claires.

Dans les maternités certaines catégories de femmes sont généralement, mais non toujours, plus exposées à contracter les maladies puerpérales.

Certaines conditions météorologiques, les unes régulières dans leur marche (saisons), les autres irrégulières (prédominance annuelle des états atmosphériques), favorisent ou atténuent le développement des maladies puerpérales. — J'ignore si ces conditions pèsent exclusivement sur les maternités ou si elles se font sentir chez toutes les accouchées indistinctement.

Quelle que soit l'importance de ces faits comme science et comme application, ils n'expliquent pas la haute mortalité des Maternités.

Cette explication doit être attribuée à l'influence prépondérante de deux causes : l'infection et la contagion.

L'infection, forme toute spéciale d'insalubrité, maintient le chiffre de la mortalité moyenne (abstraction faite de toute épidémie) à un niveau toujours trop élevé.

La contagion, fait accidentel plus ou moins fréquent suivant les circonstances, détermine ces mortalités violentes auxquelles on donne le nom d'épidémie, et qui sont d'autant plus graves, que le nombre des accouchées voisines est plus élevé.

Si ces faits sont vrais, comme j'ai lieu de le croire, puisque jusqu'ici nous semblons tous d'accord, sauf quelques nuances sans valeur, quelles déductions faut-il en tirer ? quels principes d'hygiène doivent en résulter ? qu'y a-t-il à faire pour lutter avec avantage contre ces ennemis reconnus ?

La saison froide, avons-nous dit, et particulièrement les changements de saison, accroissent le danger des maternités. Il faut donc prévoir ce danger, s'opposer par la création de moyens temporaires à l'encombrement qui peut résulter de l'accroissement normal des naissances, redoubler les précautions hygiéniques que nous allons indiquer, guetter les premiers indices de la contagion et y couper court par la séquestration et l'isolement promptement et radicalement exécutés.

Mais ce qui est plus important encore, c'est la prophylaxie générale de l'infection et de la contagion.

La première doit être combattue par des mesures de savante propreté, mesures régulières dont on ne doit jamais se relâcher si on

vent qu'elles soient fructueuses. Repos fréquent des salles avec large aération, blanchiment ou lavage des parois, nettoyage complet du matériel de meubles et de linge, de telle sorte qu'à chaque fois ce soit presque une salle neuve qui soit livrée aux accouchées, tels sont les moyens qui préviendront l'imprégnation miasmatique. Ces moyens ne laisseront pas d'être coûteux, mais nécessité fait loi, et il y a ici plus que nécessité. D'ailleurs, nous avons des exemples à suivre et il dépendra d'une administration habile de réaliser aussi économiquement que possible cette organisation indispensable.

A la contagion il n'y a qu'un remède, c'est la séparation immédiate, absolue des accouchées saines et des accouchées malades, séparation qui nécessite des bâtiments et même, suivant l'opinion de M. Le Fort que j'adopterai volontiers, des services distincts. La majeure partie, sinon la totalité de l'infirmerie destinée aux malades devrait consister en chambres séparées pour éviter la douloureuse communauté de l'agonie, et pour prolonger encore la lutte contre la contagion.

Est-il nécessaire de faire remarquer que la plus simple logique indique la nécessité d'évacuer en totalité, et très-vite, l'établissement où on ne serait plus maître de la contagion, où celle-ci serait parvenue à franchir les murs et les séparations de toute nature, si tant est que le fait puisse se produire? Toutes les prévisions sont licites en présence des résultats connus.

Par un raisonnement analogue on reconnaît qu'il n'est guère possible d'organiser le roulement, le repos des salles, leur complète aération, et surtout d'effectuer rapidement l'évacuation, si l'établissement est trop vaste. Sans m'étendre sur ce sujet qui a été traité par M. Le Fort, je dirai comme lui qu'une Maternité organisée pour faire six ou huit cents accouchements avec un espace permettant d'en faire beaucoup plus, me paraît une sage combinaison.

Nous nous occupons ici de l'hygiène des Maternités, aussi je laisse complètement à l'écart les questions relatives à la suppression de ces hôpitaux et à la transformation du secours hospitalier en secours à domicile pour les accouchements. Importants problèmes absolument différents de celui que nous examinons, ils ne peuvent trouver aucune place dans notre argumentation. Il serait temps, d'ailleurs, de les aborder s'il était prouvé qu'on a épuisé sans succès toutes les ressources de l'hygiène dans les hôpitaux d'accouchement. A cet égard je suis d'avis que si on a beaucoup fait, la carrière des améliorations utiles est loin d'avoir été courue tout entière.

Les principes que je viens de résumer brièvement, sur lesquels nous sommes tous d'accord, depuis notre éminent collègue M. Danyau,

qui a fait sa profession de foi en 1858 à l'Académie de médecine, jusqu'à MM. Hervieux, Le Fort et Tarnier ; ces principes, quoi qu'on en puisse dire, n'ont point encore été appliqués dans nos hôpitaux de Paris.

Assurément, messieurs, ce programme de précautions ne peut être rempli dans tous les établissements : il faut beaucoup d'espace, beaucoup de ressources et des moyens d'isolement, mais je laisserais volontiers aux architectes le soin de dresser tel plan qui leur conviendrait, pourvu qu'il nous permît d'atteindre avec sécurité notre but, et malgré les excellentes raisons qu'a fait valoir M. Tarnier à l'appui de son projet de maternité, je me demande encore s'il est nécessaire d'en venir, suivant la croyance de notre collègue, à la séparation de toutes les accouchées dans des chambres distinctes. Je lui concède que cela aurait des avantages au point de vue du repos et de la tranquillité des femmes en couches, sans doute même au point de vue de la contagion ; mais quand je songe aux difficultés de service, d'aération et même de disposition qu'entraînerait ce mode de construction, je reste plein de doutes. D'autant plus que dans la chaleur de l'improvisation, M. Tarnier affirmait que tous les hôpitaux étant détestables, il fallait absolument abandonner la routine et faire autre chose que ce qu'on avait fait jusqu'ici.

C'est aller trop loin ; tous les hôpitaux ne sont pas détestables. Dublin et Rouen sont la réponse à cette assertion trop formelle. Dans ces deux établissements on obtient de bons, de très-bons résultats sans que toute accouchée ait une chambre à part. Dira-t-on que cela ne suffit pas et qu'il faut à toute rigueur arriver pour nos hôpitaux à cette mortalité de 0,5 pour 100 qui paraît être la moyenne de la population civile. Je ne demande pas mieux, mais commençons d'abord par avoir le bien avant de réclamer le mieux. On sait qu'ils ne sont pas toujours amis.

Je disais tout à l'heure que nos idées communes, en matière d'hygiène, n'ont pas encore reçu d'application, ou n'ont reçu qu'une application bien incomplète à Paris. Vous avez entendu M. Tarnier vous parler de la Maternité et du nouveau service de l'hôpital Cochin. Je ne veux ajouter que quelques mots sur cet établissement, et je me contente de poser des questions, laissant à M. Guyon le soin de les résoudre. N'a-t-on pas eu trop de confiance dans la virginité du bâtiment ? N'a-t-on pas cru que ses larges proportions, ses grandes fenêtres, sa propreté originelle seraient pour longtemps des garanties contre la fièvre puerpérale ? Sans parler des nettoyages de murailles, plafonds et planchers qui sûrement n'avaient pas été faits jusqu'à ces derniers temps, avait-on un personnel suffisant pour opérer le

nettoyage complet et fréquent de la literie et des meubles, et d'une façon ou de l'autre cela a-t-il été fait ?

Certes, on peut critiquer de plus d'une manière la nouvelle construction de Cochin, et si je me borne à dire qu'à part les salles, tout a été exécuté sans une étude suffisante, puisque la distribution des services a été réglée une fois le bâtiment élevé, c'est pour abrégier cette communication déjà bien longue. Mais tel qu'il est, cet établissement doit pouvoir donner d'autres résultats que ceux que nous connaissons, et je crois que ces résultats vont être un aiguillon salutaire pour pousser à une recrudescence de précautions nécessaires.

Quant à la Maternité, je répondrai plus complètement à la question qui m'a été adressée par M. Tarnier.

Dès mon entrée à la Maternité, j'avais exposé à M. Husson l'opinion qu'une modification totale, une reconstruction était nécessaire pour échapper enfin à une situation qui semblait empirer avec les années. Cependant, la mortalité ayant été de 28,5 p. 400, — 42 mortes sur 42 accouchées dans les trois premiers mois de l'année 1865, l'administration fit exécuter des travaux considérables d'assainissement, travaux très-bien entendus, mais qui n'apportèrent aucun changement dans les formes de l'édifice. En même temps le nombre des lits restant à peu près le même, il fut convenu qu'une moitié seulement servirait pendant que l'autre serait à l'état de repos. Ce roulement fut organisé de telle sorte que les grandes salles, fractionnées par groupes de six lits, offraient alternativement un groupe en activité et un groupe au repos. Tout cela était bien conçu : assainissement général, latrines irréprochables, chauffage à circulation d'air ; dispersion et diminution du nombre des accouchées ; roulement du service par alternance des salles, tels étaient résumés en quelques mots les moyens employés.

Ces moyens portèrent leurs fruits. Après la réouverture de la maison, en avril et en mai, 486 accouchements ne donnent que 2 morts, soit : 4,06 p. 400. En juin et juillet, mouvement défavorable, mais heureusement borné : 157 accouchements, 42 décès, 7,6 p. 400. Les autres mois donnent : août, 3,6 p. 400 ; septembre, 2,5 p. 400 ; octobre, 5,5 p. 400 ; novembre 2,2 p. 400 ; décembre, 2,5 p. 400. J'ai défalqué des mois d'octobre et novembre 8 décès cholériques qui troubleraient les appréciations. La mortalité se résume pour cette période de neuf mois, y compris l'aggravation de juin et juillet, par le chiffre de 3,6 p. 400.

Mais dès le début de 1866, janvier nous donne 7,84 p. 400, et en février nous sommes débordés, la contagion est plus forte que nos mesures préventives, elle gagne de proche en proche et s'étend

partout ; nous sommes en face d'une épidémie : 103 accouchements, 28 décès, soit 27,18 p. 400 de mortalité.

Voilà, de mois en mois, ce qui s'est passé dans l'hôpital auquel je suis attaché. En conclura-t-on que les améliorations opérées en 1865 ont été inutiles ? Non, très-utiles ; les neuf derniers mois de l'année passée le prouvent ; mais elles sont insuffisantes. Elles ont été une digue temporaire et incomplètement entretenue. Nos moyens de résistance contre l'infection et l'invasion puerpérale n'étaient ni assez puissants, ni assez constants ; nous avons été inondés, voilà tout, et c'est facile à comprendre.

Les salles sont mal aérées et ne peuvent pas l'être convenablement. La forme claustrale du bâtiment, l'étroitesse des fenêtres, l'insuffisance de l'espace cubique d'air alloué à chaque malade, la disposition des salles en enfilade, qui ne permet pas d'ouvrir continuellement toutes les fenêtres des sections en repos, telles sont les causes de la mauvaise aération. Par cela seul le mécanisme de la désinfection naturelle est altéré, l'alternance des salles perd énormément de sa valeur.

D'autre part, l'extrême voisinage des différents services, salles de femmes en couches et infirmerie ; une certaine promiscuité du personnel des différents services, promiscuité atténuée depuis un an, mais non annulée ; une mauvaise disposition de la literie pendant le repos des salles (les lits étant refaits immédiatement après avoir été renouvelés), enfin la complète insuffisance de lavage ou de blanchiment des murs et planchers, de lessivage des rideaux et objets de literie servant aux accouchées valides ; tout cela se joint aux vices fondamentaux que je viens de signaler, et entretient l'infection ou favorise la contagion.

J'ajoute que lorsque les accouchées de mon service sont prises de fièvre puerpérale, je dois les garder dans ma salle, ce qui constitue dans la maison un second foyer. C'est pour ce motif que j'avais interrompu M. Tarnier, pour lui dire que tous les cas de fièvre puerpérale ne sont pas transportés à l'infirmerie. Au reste, c'est là un point qui peut être réglé par un accord entre le médecin et le chirurgien, et je désire vivement que cela ait lieu, d'abord pour éviter la constitution d'un double foyer, ensuite pour éviter des cas de contagion immédiate sur des femmes encore saines.

Evidemment, un certain nombre des causes que j'ai signalées peut disparaître. Rien n'empêche que les mesures d'excessive propreté soient exécutées désormais d'une manière irréprochable. Ce sera beaucoup, mais ce ne sera pas tout ; il n'en restera pas moins un bâtiment mal disposé pour l'aération et une proximité fâcheuse entre l'infirmerie et les salles d'accouchées saines.

La construction d'une infirmerie complètement isolée serait sans doute une excellente chose; elle aurait un double résultat, d'abord la séparation des malades, ensuite l'agrandissement du service des accouchées, ce qui permettrait de mieux exécuter le roulement. Je crois savoir que l'administration ne serait pas éloignée de cette idée vers laquelle je la pousserais de tous mes efforts.

Messieurs, quand on se reporte par la pensée aux discussions, aux écrits, aux travaux de toutes sortes qui se sont produits dans tous les pays avancés, sur l'hygiène des Maternités, on sent qu'on est en présence d'un des plus difficiles problèmes qui se puissent poser aux hommes de science, d'un de ces problèmes qui réclament à la fois de larges connaissances médicales et la faculté de soumettre au contrôle de l'expérience les prévisions de la science.

Ce problème, nous pouvons en toute liberté l'agiter, l'élaborer dans nos discussions, mais quand, passant des spéculations théoriques à l'application, nous voulons apporter notre propre contingent à l'œuvre hospitalière; quand nous voulons faire ce que personne plus que le médecin n'est capable de faire, poser des indications générales, indiquer en même temps le but à atteindre et les écueils à éviter; quand, en matière d'hygiène, science si compréhensive et si vaste, nous énonçons le résultat de nos études grossi de toutes les études antérieures, qu'arrive-t-il? Nous restons impuissants. Notre administration de l'assistance publique, quoique étrangère à nos méthodes et à nos connaissances scientifiques, juge sans débat contradictoire et décide pour le mieux sans doute, mais sans nous faire intervenir en rien dans ses décisions.

Cela n'est ni logique ni profitable, je le dis sans aucune mauvaise intention, mais parce que c'est ma profonde conviction. Cela n'est pas logique, car il ne viendra à l'esprit d'aucun homme sensé que l'hygiène ait cessé d'être une des branches de la médecine, et que par conséquent tout ce qui ressortit à l'hygiène ne soit pas le domaine incontesté du médecin. Ce n'est pas davantage profitable : l'administration marche, en matière d'améliorations, à la remorque de la science, dont elle prétend interpréter le langage mieux que ses adeptes habituels. Il lui arrive de se fourvoyer dans cette tâche; ses tentatives manquent le but qu'elles auraient pu atteindre si les esprits compétents avaient été consultés.

Ne croyez pas que je veuille en aucune façon substituer les médecins à l'administration. Ma pensée est tout autre; l'administration a un grand et noble rôle auquel probablement nous serions tous malhabiles, et c'est précisément parce qu'elle a ce rôle déjà si large qu'elle devrait s'y restreindre. A chacun sa besogne; à chacun le travail

auquel il est le plus apte ; à l'administration de pourvoir à la vie régulière de nos établissements, d'aménager les ressources, de contrôler les dépenses, de veiller à l'accomplissement régulier des services, etc. ; aux architectes et aux ingénieurs l'étude des procédés techniques les plus parfaits, des formes de constructions les plus commodes, des matériaux les plus favorables, mais à nous et à nous seuls de formuler des programmes d'hygiène et d'établir les règles premières des organisations hospitalières.

Déjà à la suite de notre discussion sur la salubrité des hôpitaux, nous avons émis le vœu qu'en toute question de cet ordre l'administration consultât un comité permanent renfermant le triple élément administratif, technique et médical. Vœu stérile. La construction de Cochin, les travaux de la Maternité ont été exécutés sans notre participation, sans qu'on eût songé à utiliser ce concours loyal et désintéressé, ce partage de responsabilité que nous avons offert.

Que l'administration porte donc seule la responsabilité de ses œuvres bonnes et mauvaises. Je ne sais s'il faut l'admirer de ce courage ou la plaindre de cet excès, mais je ne veux pas quitter la parole sans l'adjurer encore, au nom du jugement souvent rigoureux de l'opinion et en face de cette redoutable question des Maternités, de mettre à profit, en s'en couvrant comme d'un manteau, les délibérations d'un corps médical qui n'a jamais failli à son appel.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN. Je demanderai à M. Trélat si les symptômes observés chez les femmes qu'il suppose atteintes par contagion offrent quelque chose de particulier ? Dans la très-grande majorité des cas les symptômes locaux sont constatés au début des fièvres puerpérales. Je ne comprendrais pas des symptômes locaux marquant le début d'une affection due à l'absorption d'un agent contagieux.

M. TRÉLAT. Nous avons évité avec soin jusqu'à présent d'entrer dans les questions de doctrine. Je répondrai seulement à M. Hervez que je crois que toutes les variétés d'affection puerpérale désignées sous les noms de métrite, métrô-péritonite, phlegmons, doivent être considérées comme appartenant à la même maladie.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 2 MAI 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

Le Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale;

Les Archives générales de médecine;

Le Bulletin de la Société de médecine de Paris (1^{re} année, 1865);

Le Bulletin des travaux de la Société impériale de médecine de Marseille (avril 1866);

La Statistique médicale de l'armée pendant l'année 1864.

— M. LARREY présente, au nom de M. Tigri, un travail intitulé : *Sur la pénétration de l'air pendant l'opération de la thoracentèse.*

— M. DANYAU informe la Société de l'état grave de maladie où se trouve notre collègue M. Michon.

M. LARRÉ présente, au nom de M. Spiess, pour le prix Duval, deux exemplaires de sa thèse intitulée : *De l'intervention chirurgicale dans la rétention d'urine.*

— M. HOUEL présente deux brochures : l'une, *Nouvelles recherches sur l'emploi de la liqueur de Villate*, par M. Notta, membre correspondant; l'autre, intitulée : *Le molluscum éléphantiasique*, par M. le docteur Chedevergne.

Sur l'emploi de la Liqueur de Villate.

M. LEGOUEST. Notre collègue M. Houel vient de donner à la liqueur de Villate des éloges auxquels je ne puis souscrire. J'ai eu plusieurs fois l'occasion de pratiquer l'injection de cette liqueur dans des trajets fistuleux ou des abcès peu étendus, sans tendance à la cicatrisation; j'ai observé des douleurs extrêmement vives, se prolongeant assez longtemps et je sais que dans un cas ce médicament a donné lieu à un empoisonnement mortel.

M. CHASSAIGNAC. J'ai employé également la liqueur de Villate et j'ai, comme M. Legouest, constaté des douleurs très-vives et de plus une tendance à des inflammations phlegmoneuses qu'on pouvait craindre de voir devenir diffuses.

M. LE FORT. Je me joins à mes deux collègues pour signaler la douleur extrêmement vive et inquiétante qui suit l'emploi de la liqueur. C'est une médecine de vétérinaire qu'on ne doit employer

sur l'homme qu'avec beaucoup de réserve. J'y ai eu recours une fois entre autres avec M. Nélaton pour un abcès résultant d'une nécrose d'un trochanter; les douleurs ont été atroces et le succès nul.

M. VERNEUIL. Dans un cas de kyste des extenseurs de la main, inutilement traité par les injections iodées qui furent faites une fois par M. Michon et deux fois par M. Monod, c'est-à-dire dans les meilleures conditions d'exécution, j'ai cru devoir recourir à un moyen plus énergique et j'ai choisi la liqueur de Villate; il y eut une telle inflammation que j'ai un instant redouté l'apparition d'un phlegmon diffus. La malade heureusement surmonta ces accidents et guérit.

M. BOINET. J'ai employé la liqueur de Villate dans trois cas où les injections iodées n'avaient pas réussi. Il s'agissait dans les trois cas de trajets fistuleux entretenus par des caries. Chez un de ces malades je n'ai pu, après huit mois de l'usage de ces injections, obtenir la guérison, mais après chaque injection il se produisait un gonflement énorme.

M. FOLLIN. Il serait utile de savoir par quel mécanisme s'est produit l'empoisonnement chez le malade de M. Legouest.

M. LEGOUEST. Je ne crois pas qu'il me soit permis de publier une observation qui ne m'appartient pas, cependant le fait conserve toute son importance. Cet accident du reste peut être redouté lorsque les trajets fistuleux sont sinueux, longs, étendus, présentant de vastes clapiers et par conséquent une large surface d'absorption. Le malade auquel je fais allusion est mort véritablement empoisonné par les sels de cuivre qui entrent dans la composition de la liqueur de Villate.

M. LABBÉ. J'ai eu occasion d'avoir recours à ce moyen chez une vieille femme ayant une carie du pied avec huit ou dix trajets fistuleux. La liqueur sortit par toutes les fistules. Je l'ai employée pendant plusieurs semaines à doses considérables sans avoir vu d'accidents d'empoisonnement. Dans un deuxième cas il s'agissait d'une carie de l'omoplate; après six semaines d'injections, j'ai obtenu la fermeture incomplète de la fistule.

M. DESORMEAUX. J'emploie, depuis quatre ans, la liqueur de Villate; j'ai été généralement content de ce moyen; je n'ai jamais remarqué de symptômes d'empoisonnement et cela tient peut-être à ce que la liqueur est caustique. Nous employons les caustiques arsenicaux sans avoir d'accidents, il doit en être de même des sels de cuivre caustiques. Quant à moi, j'emploie cette liqueur quand il y a des fistules et non quand il y a des abcès.

Ulération de la carotide interne dans le rocher.

M. CHASSAIGNAC. Le cas d'hémorrhagie du conduit auditif com-

muniqué par M. Broca dans la séance dernière a trait à un ordre de faits sur lesquels la science ne possède encore qu'un très-petit nombre d'observations. Il en est une dont M. Broca n'a peut-être pas eu connaissance et qui se trouve publiée (*Traité de la suppuration et du drainage*, tome I^{er}, p. 529). Je me bornerai à en exposer les principaux détails.

Un teinturier, âgé de cinquante ans, fut pris il y a six mois d'un violent rhume à la suite duquel il éprouva des douleurs de tête d'une grande violence, augmentant encore pendant le bâillement et la mastication. S'il se baissait : vertiges, éblouissements, chute imminente.

Plus tard, surdité complète du côté droit; écoulement abondant de pus par l'oreille droite; paralysie de la moitié droite de la face; hémicrânie; insomnie complète; accès de fièvre tous les soirs.

Existence non douteuse d'une caverne au sommet du poumon droit; matité au sommet gauche.

Du 40 février au 5 mai les accidents restent les mêmes, seulement l'écoulement auriculaire devient sanguinolent.

Le 6 mai à sept heures du soir, hémorrhagie abondante par l'oreille droite. Le tamponnement du conduit auditif ayant été pratiqué, le sang se fit jour dans la cavité pharyngienne, à travers la trompe d'Eustache. Une saignée fut pratiquée. L'hémorrhagie s'arrêta.

Le lendemain 8, hémorrhagie nouvelle, très-abondante, à ce point que le jet de sang qui sortait par le conduit auditif avait le volume du petit doigt. Mort presque immédiate.

A l'autopsie on trouve sur la dure-mère un énorme caillot, partie dans la fosse cérébrale antérieure, partie dans la fosse cérébrale moyenne. La partie supérieure du rocher est cariée dans son point de jonction avec la portion écailleuse du temporal. Un stylet introduit par le bout supérieur de la carotide interne vint sortir par le point carié de l'os. Il en fut de même d'un second stylet introduit par l'orifice inférieur du vaisseau dans sa portion cervicale. Il était donc hors de doute qu'une rupture de la carotide interne s'était faite dans le point correspondant à la carie.

En passant le doigt à la surface du cerveau on sentait une crépitation tout à fait semblable à celle que fait éprouver le contact du poumon. On voyait une quantité considérable de bulles d'air ou de gaz sous les enveloppes. Ces bulles gazeuses siégeaient dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien.

La carie donne très-rarement lieu à des hémorrhagies, le travail ulcératif qui l'accompagne s'arrêtant là où la substance osseuse cesse. Le cancer au contraire envahit sans distinction de tissu tout ce qui se trouve devant lui.

Molluscum éléphantiasique.

M. CHASSAIGNAC. Dans la séance du 5 février 1863, j'ai présenté à la Société de chirurgie un molluscum considérable qui a été opéré avec succès. Cette tumeur siégeait à la partie antérieure et supérieure de la poitrine. Son début remontait à la première enfance. Elle avait la forme d'un bissac et son volume était tel qu'elle descendait jusqu'au niveau du pubis. J'avais diagnostiqué une tumeur hypertrophique de la peau. Par la dissection on voit que c'est une sorte de molluscum avec vrais lipômes dans quelques points et tissu dartroïque induré dans certains autres. Le pédicule de cette tumeur était large et renfermait des artères très-développées, branches de la mammaire interne.

M. VERNEUIL. A propos de la présentation du travail de M. Chedevergne sur le molluscum éléphantiasique, je crois utile de faire remarquer l'inconvénient de donner à ces énormes tumeurs le nom de molluscum, réservé à des tumeurs petites et d'une nature toute différente.

Discussion sur l'hygiène des Maternités.

M. LÉON LE FORT. Notre collègue M. Guyon devait aujourd'hui prendre la parole, et je regrette vivement qu'il n'ait pu le faire. J'éprouve, je dois le dire, un certain embarras à prendre part en ce moment à la discussion si importante ouverte devant vous ; il y a en effet si peu de divergence d'opinion entre MM. Tarnier, Trélat et moi-même que je ne pourrais que répéter inutilement ce qu'ils ont déjà si bien exposé. Mon embarras est grand, car en revenant sur ces causes de la grande mortalité des accouchées dans les Maternités, en revenant sur l'influence de l'état moral, de la situation matérielle des malheureuses reçues dans nos établissements spéciaux ; sur la part que prennent dans cette mortalité les opérations obstétricales, la primiparité, la durée du séjour, la contagion, la promiscuité des accouchées bien portantes et malades, je ne pourrais que répéter ce que j'ai écrit dans le livre que j'ai eu l'honneur de vous présenter et en résumer verbalement les plus importants paragraphes.

Notre collègue M. Guyon me faisait du moins pressentir un contradicteur sur la question des influences épidémiques, et j'aurais pu, en parlant après lui, défendre les opinions émises dans mon travail, répondre aux objections qu'il aurait pu présenter.

Cependant, messieurs, avant d'aborder ce point de doctrine que je considère comme la base de toute les réformes à apporter dans l'hygiène des Maternités, je vous demande la permission de dire quelques mots d'une question peut-être un peu personnelle.

Ce que j'ai cherché à mettre tout d'abord en pleine lumière en

m'appuyant sur de larges données statistiques, c'était la différence de mortalité qui existe, suivant que les accouchements sont faits dans les établissements hospitaliers ou à domicile. Dans un court résumé historique M. Tarnier, dans son discours, et M. Guyon, dans les *Archives de médecine*, citent les travaux de MM. Späth, Braün, Crédé, Greenster, etc., comme conçus dans le même esprit et montrant les mêmes différences pour Vienne, Leipzig, Dresde, etc. C'est une erreur que nos collègues n'eussent pas commise s'ils eussent connu, autrement que par mon travail, les statistiques de ces éminents accoucheurs. J'ai cité leurs noms, j'ai signalé leurs travaux en tête de mes recherches et c'était justice, mais cela ne voulait pas dire qu'ils eussent établi la comparaison entre les résultats obtenus par eux dans leur Maternité, et ceux obtenus en ville.

Cette comparaison, c'est M. Tarnier qui l'a faite le premier, et c'est un service signalé dont il faut lui rapporter l'honneur. Cependant, qu'il me permette de le lui dire, j'ai pu malheureusement savoir par moi-même qu'il n'avait pu faire entrer dans tous les esprits une conviction qui, parce qu'elle ne s'appuyait que sur une statistique restreinte, n'était pas moins l'expression de la vérité.

Lorsque, dans la discussion de l'Académie sur l'hygiène des hôpitaux en 1864, je publiai ma note sur quelques points de l'hygiène hospitalière en France et en Angleterre, j'avais commis l'erreur de croire que la section des accouchements de Guy's hospital, était un service intérieur et non un service extérieur, les accouchements étant faits au domicile de chaque accouchée. L'erreur me fut signalée de Londres; je la signalai de suite et avant toute discussion à l'Académie, dans une lettre qui se terminait par ces mots : « Toutefois, si cette différence de mortalité de 4 sur 43 à Paris, de 4 sur 334 à Londres, s'explique plus naturellement pour l'accouchement à domicile, elle n'en montre que mieux, comme l'a dit M. Davenne, le vice de la spécialisation des Maternités. »

Le service d'accouchement à domicile annexé à Guy's hospital avait donné, comme résultat, pendant une période de sept ans, une morte sur 334 accouchées. Or, messieurs, pendant toute une séance qui me parut longue, M. Briquet égaya l'Académie sur une statistique qu'il appelait *mitigée*, et qui donnait comme possibles de pareils résultats : Une morte sur 334 accouchées ! il fallait être Anglais pour avancer de pareilles choses et plus que crédule pour les répéter en France. L'Académie approuvait par son attitude l'étonnement de l'orateur, et elle l'eût approuvé bien davantage, s'il eût ajouté que dans le service d'accouchement dont il était chargé à l'hôpital de la Charité, il avait perdu en moyenne dans les trois années précédentes une femme sur neuf.

Une lettre du docteur Steele, directeur de Guy's hospital, répondit à cette regrettable argumentation ; le livre que je viens de publier, les dix-huit cent mille accouchements sur lesquels s'appuie ma démonstration, répondent aujourd'hui à l'incrédulité de 1864.

Je ne reviendrai pas, messieurs, sur ce que j'ai dit, quant aux causes particulières de la mortalité dans les Maternités ; M. Tarnier avec des documents nouveaux, et dont plusieurs lui sont personnels, a démontré leur importance respective ; M. Trélat a jugé, par ses belles et patientes recherches, la question pratique, si importante, de l'acclimatement des femmes enceintes. J'hésitais, faute de documents suffisants ; aujourd'hui le doute n'est plus permis, et je suis pleinement convaincu.

Mais il est une question sur laquelle existent entre nous de légères divergences d'opinion, c'est celle des influences dites épidémiques ; c'est la question la plus importante, et je vous demande la permission d'exprimer ma pensée sur ce point, de répondre quelques mots à MM. Tarnier et Trélat, et de réfuter par avance, puisque je dois parler aujourd'hui, quelques-unes des objections que me fera sans doute M. Guyon.

M. Tarnier me reproche d'avoir, d'un trait de plume, supprimé les épidémies ; M. Trélat nie comme moi le soi-disant génie mais il donne comme nous le verrons une influence marquée à l'état atmosphérique ; M. Guyon, il y a quelques jours, défendait l'idée des influences occultes agissant avant même l'éclosion de l'épidémie. Je nie les épidémies de fièvre puerpérale ; mais il faut avant tout que je spécifie le sens de ce mot, que j'emploierai moi-même quelquefois, faute d'autre.

Quelle que soit leur origine, toutes les maladies peuvent affecter dans leur mode de dissémination deux caractères différents : sporadiques, elles n'attaquent à la fois qu'un petit nombre d'individus ; épidémiques, elles attaquent dans le même temps et dans le même lieu un grand nombre de personnes. C'est cette signification que je donne au mot épidémie, sans rien préjuger des causes de la maladie. Mais à côté de ces deux mots il en existe un troisième, c'est celui d'endémique. Celui-là sert à caractériser une maladie susceptible de naître primitivement, dans le lieu où elle exerce ses ravages, c'est une maladie indigène en quelque sorte ; malheureusement le langage médical ne possède aucun terme propre à désigner sans confusion possible, une maladie venue d'un autre pays.

Sporadique est opposé à épidémique, et une même maladie endémique peut être sporadique et d'autres fois épidémique, en prenant ce mot dans l'acception que nous venons de lui attribuer. Ainsi, des marais existent dans un pays, la fièvre intermittente y est endémique ; si les effluves paludéens sont peu abondants, quelques habitants pré-

disposés à en ressentir l'influence seront seuls atteints, il y aura des cas sporadiques d'une maladie endémique, la fièvre intermittente. Si au contraire les circonstances atmosphériques et météorologiques aidant, les effluves se dégagent avec une grande intensité, il y aura dans le même temps, dans le même lieu, un grand nombre de fébricitants, il y aura en un mot une épidémie de fièvre intermittente, bien que cette maladie soit indigène c'est-à-dire endémique.

Mais, opposé au mot endémique, nous retrouvons le même terme, celui d'épidémique ; c'est qu'en effet, toutes les fois qu'une maladie ayant pris naissance loin du lieu où elle sévit (choléra, fièvre jaune, en Europe), se montre dans un pays, elle attaque à la fois dans le même temps et dans le même lieu un grand nombre de personnes. A quoi tient cette mortalité exceptionnelle, quel est le mode de transmission et de propagation de la maladie, c'est ce qu'il me faut brièvement examiner.

A ce mot épidémie tel qu'on l'emploie s'attache trop souvent, à côté de l'idée de nombre, une idée de provenance et de causalité. On tend à considérer chaque malade atteint, pendant une épidémie, comme frappé par un miasme *primitif*, venu de plus ou moins loin. Cette idée est juste quand il s'agit de maladies régnant au lieu même où existe la cause première de leur production, et dans le rayon de l'action *directe* de cette cause, comme la fièvre intermittente paludéenne au voisinage des marais, comme la fièvre jaune sur la rive américaine de l'Atlantique. Quelque isolés qu'ils puissent être les uns des autres, les individus vivant au milieu de cette atmosphère, viciée d'une manière spéciale, devront en subir l'influence, et si elle agit suffisamment sur eux, il pourront devenir malades : c'est alors d'une manière directe et primitive que le miasme aura agi sur chacun d'eux.

Cette idée qui admet l'existence d'un miasme frappant primitivement chaque individu atteint est fausse, quand elle s'applique à des maladies qui régissent épidémiquement, loin du lieu où agit leur cause première productrice, comme le choléra ou la fièvre jaune, en Europe.

• Isolé des malades déjà frappés, à l'abri de toute contagion directe ou indirecte, aucun individu ne sera atteint, s'il s'agit de maladies exotiques. S'il s'agit d'une maladie endémique spéciale à certains états physiologiques, comme la fièvre puerpérale, le nombre des malades, limité alors aux cas primitifs, ne subira que peu de variation et, dans l'un ou l'autre cas, il n'y aurait jamais d'épidémies, c'est-à-dire un nombre exceptionnel de maladies dans un même temps et dans un même lieu. Aussi, messieurs, j'ai cru pouvoir poser cette loi : toute maladie susceptible de se transporter d'un lieu à un autre, sous forme épidémique, est contagieuse.

La fièvre puerpérale est contagieuse, et les épidémies, si fréquentes dans nos Maternités, sont dues non à un mauvais air ou à un malin esprit qui s'est abattu sur un hôpital et ne veut plus en sortir, mais à la contagion qu'on a laissé librement s'exercer, quand on ne la favorise pas, grâce à une mauvaise organisation.

Mais, j'ai à répondre ici à plusieurs objections. Pourquoi cette contagion ne s'exercerait-elle pas toujours ? Pourquoi, à de certaines époques, presque toutes les accouchées deviennent-elles malades, tandis qu'une fièvre puerpérale primitive subsiste parfois sans affecter les accouchées voisines, couchées dans la même salle ? Pourquoi l'épidémie cesse-t-elle d'elle-même, alors que tous les moyens employés n'avaient pu garantir les accouchées ?

Permettez-moi, messieurs, de reproduire ici une comparaison un peu banale que j'ai faite, dans mon travail. Une maladie contagieuse est comme une graine, pour que cette graine germe, il faut qu'elle trouve un terrain convenable, convenablement préparé, et sa germination sera facilitée, gênée ou empêchée par des conditions biologiques ou atmosphériques.

Une armée en campagne a subi toutes sortes de privations et de fatigues, ses blessés, entassés dans des hôpitaux où existent les conditions hygiéniques les plus fâcheuses, voient naître parmi eux ce fléau qui naît de la concentration de toutes les misères : le typhus des camps. L'air vicié que tous respirent, fait directement sentir sur tous son influence ; un grand nombre deviennent malades, et une épidémie se crée de toutes pièces. Deux de ces malades sont évacués sur d'autres localités ; l'un est placé dans un village, au milieu d'une famille de paysans robustes, bien nourris, bien portants, sainement logés, et il ne communique sa maladie à personne, quoiqu'elle soit contagieuse. Le second est évacué sur un autre hôpital où le typhus n'existe pas, mais où, par la réunion des mêmes causes, il est en quelque sorte en imminence. Ce typhique y trouve des malheureux dont la réceptivité morbide est extrêmement développée ; là il agit comme l'étincelle qui allume un vaste incendie, il contagionne autour de lui et il devient le point de départ d'une épidémie qui, sans lui, sans l'état déjà fâcheux des autres malades, n'eût probablement pas éclaté.

Une fièvre puerpérale éclate chez une accouchée ; ses voisines, ses compagnes d'hôpital ont eu des couches faciles, ou leur accouchement remonte déjà à quelques jours, la température est défavorable à la dissémination de la maladie ; la fièvre puerpérale s'éteint sur place. Supposons les conditions inverses ; cette première malade communique son affection à une seconde, et les causes de propagation aug-

mentant en proportion des cas morbides, une épidémie est dès lors constituée.

Ici, messieurs, intervient l'infection hospitalière, influence fâcheuse à laquelle M. Trélat attribue, avec grande raison, une part importante dans la mortalité des accouchées ; dans la facile extension des épidémies ; dans l'apparition plus multipliée des cas primitifs de maladies puerpérales. Elle ne produit pas les épidémies, mais elle les rend possibles, et facilite leurs ravages.

M. Guyon a produit en faveur du génie malfaisant qui promène les épidémies, un argument qui, s'il était fondé, aurait une grande valeur. L'apparition des épidémies est précédée, dit-il dans son article des *Archives générales de médecine*, d'un état sanitaire fâcheux, déplorable même des établissements ou des services dans lesquels l'épidémie ne va pas tarder à éclater.

Cette opinion de notre collègue est absolument contredite par les faits. Si vous jetez les yeux sur les tracés graphiques, publiés dans mon travail, vous serez frappé de la manière brusque dont la mortalité s'élève toutes les fois qu'elle dépasse notablement la moyenne et qu'il survient ce qu'on appelle une épidémie. Vous la voyez passer de 4 à 44 p. 100, de 0 à 42 p. 100, de 5 à 25 p. 100, non pas progressivement, mais brusquement d'un mois à l'autre ; où est cette mortalité inquiétante et déjà grave avant de devenir excessive ? où est la menace ? vous ne la trouvez nulle part.

Sans doute parfois vous voyez ces cas de fièvre puerpérale se développer, puis deux ou trois lui succèdent, et enfin la Maternité tout entière est envahie ; mais ces premiers cas isolés ne sont pas l'annonce de l'épidémie, c'est déjà l'épidémie qui commence et qui deviendra d'autant plus forte, que les sources de contagion augmenteront avec le nombre des malades.

Une seconde objection est celle-ci : il est des années où les épidémies se sont, dit-on, montrées dans toute l'Europe, il faut donc qu'un souffle malfaisant ait passé sur tous les établissements ; le génie épidémique a révélé partout sa présence ; donc l'apparition des épidémies est due à des influences atmosphériques, inconnues dans leur essence, mais réelles.

A cela, messieurs, il faut d'abord répondre ceci : cette objection est une simple assertion qui ne s'appuie sur aucune preuve. L'histoire des épidémies est fort incomplète, mais nous trouvons rassemblées dans le magnifique ouvrage de Hirsch (*historisch geographische pathologie*), toutes celles qui sont mentionnées dans les annales scientifiques.

On a cité par exemple l'année 1849, comme une de ces années

pendant lesquelles cette influence fâcheuse s'est étendue partout. C'est celle, en effet, pour laquelle il existe le plus de récits particuliers, et d'Outrepont, Schloss, Cederschjöld, Michaelis, Carus, Pfeufer, Schilling, Douglas et Collins ont décrit les épidémies de Wurzburg, Stockholm, Kiel, Dresde, Bamberg, Nuremberg et Dublin ; mais en même temps, si nous consultons les rares statistiques publiées pour cette époque, nous trouvons que Vienne n'a eu qu'une faible mortalité relative de 2,5 p. 400 ; la Maternité de Leipzig n'a pas perdu une seule accouchée ; l'Hôtel-Dieu de Paris n'a eu qu'une mortalité de 4,7 p. 400 ; Dresde a été le théâtre d'une épidémie, mais qu'était-ce que cette épidémie qu'on me parait citer sans trop savoir ce qu'elle a été, et en ne s'appuyant que sur des assertions qu'on n'a pas contrôlées. Sur 478 accouchées, il est mort 6 malades, c'est-à-dire 3,4 p. 400, chiffre bien inférieur à la moyenne ordinaire de nos établissements parisiens.

Mais il y a plus, et le nuage si chargé de fièvre puerpérale, qui se serait étendu ainsi sur toute l'Europe, avait à ce qu'il parait une singulière forme, car tandis que la mortalité de la Maternité de Paris était de 7,3 p. 400, elle n'était à l'Hôtel-Dieu que de 4 p. 400, et Saint-Louis ne perdait, dans toute l'année, aucune accouchée.

Du reste, messieurs, il est inutile de m'étendre sur ce point ; en effet, si une influence épidémique est capable de se faire sentir sur toute la surface d'un pays ou de l'Europe entière, elle devra bien mieux encore se faire sentir sur deux établissements voisins, placés dans la même ville, dans le même hôpital. Or, j'espère vous démontrer d'une manière irréfutable qu'il n'y a pas de coïncidence dans les épidémies qui régnaient dans deux établissements spéciaux d'une même ville, lorsque la contagion ne peut s'exercer par l'intermédiaire du personnel d'un établissement dans l'autre. C'est à M. Hugenberger, de Saint-Petersbourg, que revient l'honneur d'avoir montré le premier cette absence de coïncidence, argument capital dans la discussion qui nous occupe.

Il existait à Saint-Petersbourg deux maternités, l'une, dépendant du grand hôpital des enfants trouvés, l'autre placée à quelque distance sur la rive gauche du canal de la Fontanka : l'institut de M^{me} la grande duchesse Hélène.

Le tableau graphique que j'ai l'honneur de vous présenter, et que j'ai copié sur ceux de M. Hugenberger, vous montre l'absence absolue de coïncidence dans la mortalité de ces deux établissements. La coïncidence peut exister quand la mortalité reste au-dessous ou très-peu au-dessus de la moyenne, car les influences atmosphériques peuvent concourir à diminuer ou à augmenter la quantité de cas

isolés, non pas de fièvres puerpérales, mais de maladies puerpérales, quelle que soit leur nature. Mais, lorsque la mortalité s'élève, lorsqu'une épidémie éclate, c'est-à-dire lorsqu'il meurt exceptionnellement un grand nombre d'accouchées, alors toute coïncidence disparaît, le tableau suivant le prouve :

MORTALITÉ POUR 100		
Années. Mois.	Enfants trouvés.	Institut des sages-femmes
1845 mai.....	13.....	2
— juin.....	14.....	3
1850 juin.....	26.....	3
1852 janvier.....	22.....	0
— juillet.....	22.....	0
1853 mars.....	12.....	0
1856 mai.....	14.....	2
— juillet.....	14.....	2

On ne pourrait arguer de cette circonstance que l'un des établissements est plus heureusement organisé que l'autre, car les épidémies se sont montrées tantôt dans l'une tantôt dans l'autre maternité. Dans le tableau précédent il y a absence de coïncidence, mais c'est la maison des enfants trouvés qui se trouve frappée; dans le suivant l'absence de coïncidence subsiste, mais la part qui revient à chaque maison se trouve intervertie.

MORTALITÉ POUR 100		
Années. Mois.	Enfants trouvés.	Institut.
1846 juin.....	5.....	13
1848 mars.....	4.....	13
1849 avril.....	3.....	11
1859 février.....	5.....	20

Ce qui existe à Pétersbourg, nous le retrouvons à Paris entre la Clinique et la Maternité. J'ai dressé l'échelle comparée de la mortalité par mois entre ces deux établissements, de 1860 à 1864 seules années pour lesquelles j'ai pu avoir les documents indispensables.

En février 1860, la mortalité de la Clinique est réduite à 0 pendant que celle de la Maternité monte à 13 pour cent. En octobre, une divergence analogue se produit, 2 et 13 pour cent. En juin 1862, la Maternité a sa mortalité au-dessous de sa moyenne, 3 pour cent, mais celle de la Clinique monte à 20 pour cent; mais à partir de

septembre 1863, la mortalité de la Clinique reste modérée et même faible tandis que celle de la Maternité arrive à des chiffres effrayants.

L'absence de coïncidence devient encore évidente dans le tableau suivant :

MORTALITÉ POUR 400			
Années.	Mois.	Clinique.	Maternité.
1863	octobre	5,4	20,1
—	novembre	5, ...	46,3
—	décembre	4,7	47,3
1864	janvier	4,4	23,3
—	février	4,3	32
—	juin	2,4	47,9
—	juillet	4,5	24,3
—	août	1,9	22
—	septembre	4,4	48,3
—	octobre	3,6	26
—	décembre	3,6	58,8

Que peut-on dire, messieurs, en présence de ces chiffres? admettra-t-on cette influence occulte répandue sur une ville, sur un pays, sur un continent, quand entre deux établissements voisins il y a cette différence de 4 à 32 pour cent; quand en décembre 1864 il meurt à la Clinique 2 femmes sur 55 accouchées, tandis qu'il en meurt 20 sur 34 à la Maternité; quand la mortalité est dans un établissement de 3 pour cent tandis qu'elle est dans l'autre de 58 pour cent, chiffre horrible à dire, mortalité effroyable, sans autre exemple heureusement dans l'histoire des maternités.

Cette absence de coïncidence, déjà si probante quand il s'agit de deux établissements d'une même ville, devient un argument irrésistible, quand on compare les deux maternités de Vienne. Ces deux services d'accouchements confiés l'un à M. Späth, l'autre à M. Braun, sont placés tous deux dans le même hôpital, dans les mêmes constructions et on ne sait trop comment ces influences occultes couvraient l'un d'eux d'un voile de crêpe, sans en laisser flotter un coin sur l'autre; mais ce qui explique cette absence de coïncidence dans les épidémies, c'est que l'un est destiné aux sages-femmes, l'autre aux étudiants, mais sans communication du personnel de l'un à l'autre, et que le principe contagieux puisse être porté de l'un vers l'autre. Le tableau suivant démontre, même pour ces deux services voisins, non-coïncidence des épidémies.

MORTALITÉ POUR 100

Années. Mois.	1 ^{re} Clinique.	2 ^e Clinique.
1838 juillet	0,9.....	24,7
1839 juin.....	15.....	3,4
1840 octobre.....	29,3.....	5,8
1842 décembre.....	34,3.....	3,7
1844 mars.....	47,0.....	3,3
— novembre.....	41,0.....	0,7
1845 octobre.....	44,8.....	4,3
1846 mai.....	43,4.....	0,4
1847 avril.....	47,9.....	0,7
1856 septembre.....	4,3.....	10,5
1862 décembre.. ..	6,3.....	0,2

Peut-on admettre en présence de ces divergences qu'on a affaire à des épidémies pures de toute contagion? Qu'on réfléchisse au contraire à ceci : si ces épidémies sont dues à des influences cosmiques, la coïncidence devrait surtout exister lorsqu'une mortalité exceptionnellement élevée frappe une des maternités; or, cette coïncidence dans la mortalité n'existe que lorsque cette mortalité est peu élevée et elle disparaît au contraire quand la mortalité s'élève notablement. De telle sorte, qu'il faudrait admettre que ces prétendues influences épidémiques exercent d'autant moins largement leur action qu'elles sont plus actives; et, qu'une épidémie se localise d'autant plus qu'elle sévit avec plus de force. Soutenir une pareille proposition serait se mettre en contradiction avec tout ce que nous a appris l'observation, avec la logique la plus élémentaire.

On a encore reproduit bien des fois cet argument, que la mortalité, quand elle était élevée à l'hôpital, l'était aussi pour les accouchées de la ville. Un pareil argument a lieu d'étonner ceux qui ont étudié la question. Il n'existe dans la science aucun document à cet égard, autre que la belle statistique de M. Hugenberger.

Je l'ai reproduite en partie dans mon travail; or, messieurs, ce document unique, chef-d'œuvre et produit de patientes et longues recherches, prouve absolument le contraire. Examinez ce tableau graphique de la mortalité comparée après les accouchements dans la ville et dans les maternités de Saint-Petersbourg; jamais il n'y a eu coïncidence, la mortalité des accouchées de la ville oscille entre 0,4 et 4,5 pour 100, et comme par un singulier et curieux effet du hasard, toutes les fois que de 1847 à 1853 la mortalité de la ville a dépassé

1 pour 100, cette élévation coïncidait avec l'absence d'épidémie dans les deux maternités et avec un état sanitaire exceptionnellement favorable, dans l'une et souvent dans les deux maternités.

Avons-nous des documents pour une autre ville? Non, messieurs, pour aucune. Qu'on laisse donc une bonne fois de côté ces arguments peu scientifiques; des assertions sans preuves possibles n'ont aucune valeur. J'ai voulu pour Paris avoir cette preuve; j'ai trois fois et en personne demandé à compulser les registres de la mairie centrale, trois fois j'ai échoué. Pour savoir s'il y a coïncidence de mortalité entre la Maternité et la ville, il faut savoir ce qui se passe à la Maternité et en ville; il faut être médecin de la Maternité envahie, puisque l'entrée n'en est permise que sous certaines formalités, et si le médecin a le sentiment de cette coïncidence pour la ville, ne peut-on pas admettre qu'elle existe surtout ou seulement dans sa clientèle. Les faits nombreux de contagion par intermédiaire sont là pour donner quelque valeur à cet argument sur lequel je ne veux pas insister. Cette coïncidence n'a été véritablement étudiée que pour Pétersbourg, et les recherches de M. Hugenberger montrent que cette prétendue coïncidence est absolument fausse.

M. Trélat a étudié pour Paris, et beaucoup plus complètement que je l'ai fait, l'influence des saisons. Il a montré une fois de plus que la mortalité générale des accouchées est plus forte pendant les mois d'hiver, plus forte en certains mois d'hiver que pendant certains autres. Mais je cesserais d'être de l'avis de notre collègue s'il voulait faire jouer aux influences cosmiques un rôle important dans la production des épidémies. L'hiver ajoute ses influences directes en créant un état sanitaire défavorable, qui augmente la réceptivité morbide et la facilité à ressentir les effets de la contagion; il ajoute les influences indirectes d'un nombre plus considérable d'accouchements, d'une aération moins parfaite; il aide à la production de l'épidémie, il ne la produit pas.

Si en effet, nous recherchons avec Hirsch dans quelles saisons se sont montrées les cent soixante-seize épidémies décrites dans la science, nous verrons qu'elles ont éclaté :

85 fois en hiver,
37 fois au printemps,
34 fois en automne,
20 fois en été.

Je conclus donc en disant : les épidémies de fièvre puerpérale n'existent qu'à la condition de laisser au mot épidémie l'acception de mortalité exceptionnelle pendant une même période sur des malades

réunies dans un même lieu. Les épidémies ne sont pas produites directement par des influences cosmiques, elles sont dues à la contagion qu'on a laissé trop facilement s'exercer. Comment s'en garantir? C'est ce que j'ai cherché à montrer par mon travail, c'est ce qu'ont montré les collègues qui m'ont précédé à cette tribune, c'est, pour me résumer, d'éviter la contagion.

Cependant, messieurs, ma tâche n'est pas finie, car il me reste à remplir la partie la plus pénible et la plus difficile de cette tâche. Il me faut montrer comment on pourrait, à Paris, remédier à un état de chose regrettable, chercher, pour ce qui me concerne, à faire sortir quelque effet utile et pratique de cette discussion déjà longue.

Signaler les *desiderata* de nos hôpitaux, montrer à l'administration les améliorations que la science réclame, est chose toujours délicate. Moins encore que les individus, les administrations supportent les conseils; toute demande d'amélioration leur paraît un blâme, toute critique leur semble une attaque. Ce n'est pas tout encore, un administrateur s'identifie avec le passé et le présent de son administration, et l'administration semble se personnifier dans son chef; de telle sorte qu'une critique adressée à l'état de nos hôpitaux ou d'un hôpital semble atteindre la personnalité de M. Husson, l'honorable et très-dévoué directeur de l'assistance publique. Je repousse sur ce point pareille interprétation. Nul plus que moi ne rend justice au zèle et aux excellentes intentions du directeur général de nos hôpitaux, car en aucun temps peut-être nos établissements n'ont été l'objet de tant de sollicitude; mais si je reconnais hautement tout ce que M. Husson déploie de talent et d'activité dans la mission si difficile qu'il doit remplir, si je suis juste envers les personnes, ne puis-je donc pas l'être envers les choses. Est-ce donc diriger une attaque injuste contre les personnes que de déclarer une fois de plus, après seize ans passés dans les hôpitaux de Paris, comme élève et comme chef de service, après avoir étudié pendant huit années les questions d'hygiène et d'organisation des hôpitaux, de proclamer, avec la plupart d'entre vous, que notre organisation hospitalière est incompatible avec le progrès, avec la sécurité de nos malades? Attaquer cette organisation, est-ce attaquer un administrateur qui, en aurait-il la volonté, n'a pas le pouvoir de modifier à lui tout seul des lois et des règlements qu'il n'a pas faits et ne pourrait faire; de changer les habitudes, les préjugés de toute une population? Quel est l'homme qui pourrait avoir la prétention de centraliser utilement entre ses mains le service hospitalier d'une population de 4,700,000 habitants; de régler la conduite des hôpitaux, depuis les grandes questions financières et contentieuses jusqu'à la surveillance des infirmiers et gens de ser-

vice; de surveiller la gestion d'un budget de 20 millions et la cuisson des rôtis? Non, il est des limites que toutes les forces humaines ne peuvent franchir; je critique cette organisation, j'en déplore les effets; mais je reconnais que ces effets fâcheux sont atténués dans la limite du possible par le dévouement du chef de l'administration de l'assistance publique.

Je ne crois pas, messieurs, qu'il soit utile d'examiner si le projet de maternité de M. Tarnier présente des avantages ou des inconvénients que possède ou ne possède pas celui que j'ai fait connaître à la fin de mon livre sur les maternités. Il ne s'agit pas pour nous en ce moment de nous prononcer sur le plus ou moins de valeur d'un plan d'hôpital, nous n'avons pas à discuter dans son ensemble ou dans ses détails un projet soumis à notre appréciation. Nous avons à poser des règles scientifiques, à montrer quels sont les principes qui doivent présider à l'organisation d'une maternité, à indiquer les moyens de diminuer la mortalité qui règne dans ces établissements et d'éviter le retour de funèbres statistiques; mais c'est aux architectes, aux ingénieurs qu'il appartient de réaliser, en ce qui les concerne, les principes posés par la science médicale.

Tel hôpital bien construit, bien distribué, donnera des résultats fâcheux si les règles de l'hygiène, si les lois de la propreté y sont négligées dans le fonctionnement de l'établissement; tel autre, installé dans de vieux bâtiments, rassemblés comme au hasard, donnera de bons résultats si l'on y observe une conduite toute différente. Des murs de brique, élevés depuis un siècle, mais badigeonnés tous les six mois, vaudront mieux que des murailles de pierre, recouvertes à l'intérieur d'un stuc élégant, si ces murailles ne sont lavées que tous les cinq ou six ans; et, pour en citer un exemple près de nous, une religieuse d'un des services de médecine de Lariboisière, attachée à cet hôpital depuis sa mise en activité, m'affirmait ce matin, sur ma demande explicite, que les murs de la salle n'avaient été complètement lavés que deux fois depuis une quinzaine d'années. La Charité est brillante, à l'extérieur, et l'administration dépense annuellement de grosses sommes pour les travaux de peinture de ses établissements; mais les parois intérieures des salles de notre maître M. Velpeau, depuis combien d'années ont-elles été badigeonnées?

Tel parquet de sapin, nettoyé à l'éponge chaque matin et lavé à grande eau tous les huit jours, vaudra mieux que les parquets cirés de nos hôpitaux, qu'on nettoie, comme j'ai vu cela se faire dans mon service et ailleurs, en traînant par terre un matelas mis au rebut, sur lequel s'asseoient un ou plusieurs malades, qu'on véhicule d'un bout à l'autre de la salle.

La propreté, telle est la première condition de l'hygiène ; malheureusement elle fait à peu près complètement défaut dans nos hôpitaux, qui, sous ce rapport, sont inférieurs à tous les hôpitaux du nord de l'Europe. C'est un défaut grave, malheureusement il est dans nos mœurs, il se retrouve en ville comme à l'hôpital, dans les hautes classes comme chez l'ouvrier. En nous donnant l'eau en abondance, l'administration municipale nous habituera peut-être à nous en servir et améliorera l'hygiène privée. Il en est grand besoin, mais je ne saurais sans injustice demander à l'administration des hôpitaux de changer en quelques années les habitudes de toute une population et d'enseigner la propreté aux infirmiers, aux malades, et je ne sais pas pourquoi je ne dirais pas, à tout le personnel, quel qu'il soit.

Aussi, messieurs, comme je l'ai dit en tête de mon travail, l'hygiène hospitalière ne se réduit pas à des questions de bâtiments à orienter ou à espacer, de fenêtres à ouvrir, de mètres superficiels de terrain ou de mètres cubes d'air à distribuer à chaque malade. C'est la science qui, par l'étude approfondie des causes qui font naître et développer les maladies nosocomiales, apprend à les prévenir ou à les arrêter dans leur développement. Qu'on construise, suivant toutes les règles que j'ai cru pouvoir poser, une Maternité modèle, si l'on néglige les précautions contre la contagion, si le fonctionnement du personnel établit la communication des accouchées saines et malades ; si l'on manque à cette grande loi de l'hygiène : la propreté, cet hôpital modèle donnera des résultats déplorables. Prenons au contraire la Maternité la plus défectueuse dans ses résultats, la Maternité de Paris par exemple ; donnez-la moi telle qu'elle était avant les notables améliorations qui y ont été introduites, mais donnez-la moi dans les mêmes conditions où se trouvent les maternités étrangères, avec la faculté de régler le fonctionnement du personnel, la répartition des malades suivant ce que l'étude et la pratique nous ont appris, à nous médecins ; et, sans enlever une cloison, sans percer une fenêtre, je ferai diminuer de moitié une mortalité que toutes les améliorations matérielles, réglées par voie administrative, n'ont pu diminuer ; confiez-la, cette Maternité, à nos collègues MM. Tarnier et Trélat, ils feront dans les mêmes conditions diminuer cette mortalité de plus des deux tiers, car, à l'application des mêmes mesures, dirigées par les mêmes principes, ils ajouteront, pour ce qui concerne les accouchées, leur expérience spéciale.

Eh bien, messieurs, puisque je parle de la Maternité de Paris, n'est-ce pas un regrettable état de choses, que de voir la sage-femme en chef chargée seule, sinon en droit du moins en fait (ce qui est bien pis), de la direction du service des femmes accouchées saines !

Ici encore, mes critiques et mes reproches ne s'adressent pas à une personne que je ne connais pas et qui, par sa position même, doit avoir une grande expérience de l'accouchement. C'est l'organisation que j'attaque et j'ai le droit de le faire, quand cette organisation vicieuse coûte annuellement la vie à un grand nombre de malheureuses. Si une de ces femmes devient malade, la sage-femme en chef fait appeler le médecin ou l'interne ; mais, si elle tarde, si les premiers symptômes lui échappent, la séparation des malades qui serait si importante n'est effectuée que trop tard.

La sage-femme en chef, et c'est là ce qui a droit de nous étonner vivement, est dans son service indépendante du chirurgien en chef. Il est passé *en pratique* que le chirurgien ne vient dans le service de la sage-femme que lorsqu'il y est appelé par elle. Cette indépendance de la sage-femme chargée d'un service (et ce service, si la Maternité était ce qu'elle devrait être comme salubrité, serait le plus important de l'hôpital), n'existe pas à l'étranger ; là le médecin ou le chirurgien en chef est chargé de la haute direction de l'établissement, comme cela existe en France pour les asiles d'aliénés.

Qu'y a-t-il d'important dans une Maternité ? de guérir les malades atteintes de fièvre puerpérale ? Non ! car la science est encore presque impuissante pour guérir la maladie lorsqu'elle s'est développée chez une accouchée. Mais, la science de l'hygiène peut presque tout, pour empêcher les accouchées saines de devenir malades. C'est donc, comme on le voit, la sage-femme en chef chargée, sans surveillance médicale supérieure, du service des femmes saines, qui a le service le plus important et celui dont la direction bonne ou mauvaise influe le plus sur la mortalité de l'établissement. Qu'elle soit chargée de ce service, rien de mieux ; mais à la condition que ce soit sous la responsabilité, la surveillance et la direction du médecin ou du chirurgien en chef.

Mais ce n'est pas tout, messieurs, et cette discussion met dans tout son jour une situation que je ne crains pas de qualifier d'inoûte. Comment ! M. Trélat, notre éminent collègue, si dévoué aux intérêts de la science et de l'humanité, vient nous montrer, preuves en main, que la mortalité des maternités tient surtout à l'infection hospitalière et à la contagion ; il nous montre comment des soins constants de propreté, comment un bon fonctionnement de l'hôpital peuvent supprimer ou réduire à son minimum l'infection nosocomiale ; il nous montre que l'isolement immédiat des malades est la seule manière d'empêcher la contagion de s'exercer sur les femmes saines ; et ce collègue, *nominalement* chirurgien en chef de la Maternité de Paris, n'a ni le droit ni le pouvoir de veiller *directement* à la salubrité de l'établis-

ment, d'ordonner la séparation des accouchées malades, de rien faire en un mot de ce qui pourrait sauver tant d'existences compromises.

Cette organisation est contraire à ce qu'exigent l'humanité et la science, et je faillirais à mon devoir d'homme et de médecin, si je n'appelais hautement les regards sur cette situation. Cette organisation, je la critique et je la combats. Laissez-moi dire une fois de plus, je ne critique ni ne combats ceux qui sont chargés du lourd fardeau qu'elle leur impose : le directeur général n'est pas responsable d'une organisation qu'il n'a pas établie, qui existe depuis un demi-siècle, et qu'il n'a ni le droit ni le pouvoir de changer immédiatement.

Apportez à l'administration le concours précieux de vos lumières spéciales, guidez-la dans des efforts, qui, sans l'aide de la science, ne peuvent jamais être que stériles. Et pour cela, messieurs, il me paraît indispensable que la Société résume sous forme de conclusions les lois hygiéniques applicables aux maternités. Qu'on sache que la science a des règles qui peuvent guider sûrement ceux qui sont chargés de les appliquer, montrons la route à suivre et ne livrons pas plus longtemps à des incertitudes regrettables, mais légitimes, parce qu'ils ne sont pas médecins, les hommes éminents qui, à Paris comme dans la plupart de nos cités françaises, sont à la tête des administrations hospitalières.

M. LE PRÉSIDENT. Si la proposition de M. Le Fort est appuyée, je prierai ceux de nos collègues qui ont pris part à la discussion, de vouloir bien se réunir et nous proposer dans une prochaine séance les conclusions sur lesquelles la Société pourra se prononcer.

La proposition est adoptée.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Pour le secrétaire annuel, LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 9 MAI 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine ;

Une lettre de MM. Robert et Collin, fabricants d'instruments de chirurgie, qui présentent une modification de l'appareil de Richardson pour déterminer l'anesthésie locale.

M. Holmes, membre correspondant à Londres, adresse un mémoire sur l'emploi des ligatures au fil d'argent dans le traitement de l'anévrysme.

Mort de Michon.

M. LE PRÉSIDENT. Nous venons de perdre dans la personne de Michon un de nos collègues les plus éminents et les plus aimés. La Société de chirurgie était représentée officiellement à ses obsèques par une députation, mais la plupart de ses membres sont venus porter à Michon un dernier témoignage de leur affection. La volonté de notre collègue étant expresse, aucun discours n'a pu être prononcé ; Michon n'en vivra pas moins dans notre souvenir.

DISCUSSION.

Hygiène des Maternités.

M. GUYON. Messieurs, s'il est un problème difficile, c'est celui qu'offre au médecin l'étude des affections puerpérales. Ceux de nos collègues qui ont pris la parole dans cette discussion ont éclairé beaucoup des points les plus obscurs de ce sujet. Ils ont en particulier montré avec quelle sollicitude devait être étudiée la prophylaxie d'affections souvent trop rebelles à la thérapeutique, et la nécessité d'une hygiène spéciale pour les accouchées, réunies dans un même hôpital ou dans un même service d'hôpital. La comparaison des résultats fournis par les accouchements dans les bureaux de bienfaisance et ceux qui se font à l'hôpital, a convaincu chacun de nous que c'était faire acte d'humanité que de chercher par quels moyens on pourrait réaliser à l'hôpital les conditions rencontrées en ville.

L'étude des conditions particulières dans lesquelles se trouvent les nouvelles accouchées lorsqu'elles sont réunies, la comparaison des résultats obtenus dans diverses Maternités, nous permettent dès aujourd'hui de croire à la très-grande utilité, à l'efficacité non douteuse de certaines règles d'hygiène. L'intérêt qui s'attache aux nouvelles accouchées de nos hôpitaux est si vif, le désir de faire pour le mieux si général, que je ne puis douter que l'entente ne se fasse aisément sur la théorie et l'application des principales règles de la prophylaxie en matière de maladies puerpérales, c'est-à-dire sur l'hygiène des Maternités. Fort heureusement l'expérience est faite, dans une certaine mesure, des résultats sont acquis, et s'il a été permis à quelques-uns de désespérer des Maternités, il est permis à tous de beaucoup espérer pour les accouchées.

Il serait sage, sans doute, de s'en tenir aux résultats de l'expérience faite et de chercher simplement à imiter et à dépasser ce qui a été

fait de mieux. Mais ce serait peu scientifique et il est plus satisfaisant et peut-être plus sûr pour l'avenir des préceptes à poser en matière d'hygiène des Maternités, de chercher à saisir, dans l'étude des influences qui assiègent l'hôpital, la règle qui doit nous guider et nous permettre de marcher d'un pas ferme sur le terrain solide de la réalité. Ce devait être l'avis de mes collègues ; ce sera également le mien. Je crains seulement que nous ayons tendance à trop simplifier, par suite du désir très-légitime, sinon de tout expliquer, du moins de résoudre la partie la plus importante du problème pathologique qui s'agite sans cesse dans les Maternités.

Je trouve la justification de ces réflexions dans les opinions manifestées par MM. Le Fort et Trélat.

Nos collègues méconnaissent, vous le savez, l'influence épidémique. Je la trouve dans la tendance non moins accusée de M. Le Fort, seul cette fois, à donner à la contagion le rôle principal, à lui accorder dans l'étiologie des affections puerpérales un pouvoir en quelque sorte arbitraire.

Je ne puis me rendre bien compte de ce que nous pourrions gagner pour le but poursuivi, en mettant de côté l'influence épidémique, en exaltant le pouvoir contagieux d'affections qui sont loin d'être considérées comme telles par tout le monde. J'aperçois au contraire les nombreux inconvénients de semblables opinions ; mais avant tout, je suis convaincu qu'elles nous placent en dehors de l'interprétation rationnelle des faits.

Je suis donc conduit sur un terrain où j'aurais aimé à ne pas m'aventurer et à ne pas vous amener. L'histoire des sociétés savantes est là pour montrer que l'on a toujours peu gagné à discuter épidémie, infection et contagion. Dans l'espèce, je vois le docteur Snow Beck déclarer l'année dernière devant la Société obstétricale de Londres, que les hommes les plus expérimentés sont si peu d'accord sur la question des épidémies et de la contagion, à propos des fièvres puerpérales, que l'on ne peut donner aucune conclusion.

Je regrette qu'il m'incombe une tâche si lourde et si difficile, mais puisque la marche de la discussion m'y a conduit, je voudrais chercher ce qui surtout influe sur le développement des affections puerpérales, dans ce milieu nosocomial, où l'on sait qu'elles rencontrent les conditions les plus constantes et les plus terribles.

Le milieu nosocomial subit des influences qui correspondent à la nature de la population des divers services. Sans entrer ici dans d'autres détails que ceux que comporte la question, je rappellerai combien l'influence de l'hôpital se fait plus lourdement sentir sur les blessés et les opérés.

Plusieurs maladies fébriles guérissent presque aussi bien à l'hôpital qu'en ville; mieux que personne, vous savez s'il en est ainsi pour les blessés. Les chiffres nous ont démontré que ces influences étaient plus fâcheuses encore pour les accouchées.

Il est facile de comprendre que réunies, elles soient dans des conditions plus désavantageuses que toute autre catégorie de malades. Dans une salle de chirurgie, les opérés et les malades atteints de plaies ne constituent pas toute la population. Un certain nombre sont atteints de fractures, de tumeurs, etc., ne présentent pas de surfaces sécrétantes; le jour, plusieurs se lèvent et peuvent quitter la salle.

Dans un service d'accouchements, toutes les malades sont des blessées, toutes sécrètent abondamment, aucune ne quitte son lit; l'occupation est permanente le jour comme la nuit. Vous savez en effet, messieurs, combien, malgré toutes nos instances, il est difficile de garder plus de huit à dix jours à l'hôpital les femmes qui viennent y faire leurs couches.

Cette population spéciale, souvent surmenée par des fatigues morales et physiques, avec toute l'impressionnabilité et toute l'aptitude morbide de l'état puerpéral, réunit les conditions les plus favorables à la création et au développement des maladies d'hôpital et des affections plus spéciales aux accouchées. On y retrouve, dans les plaques pul-tacées, dans les escarres qui se développent si souvent à la vulve, une des formes de la pourriture d'hôpital, si rare aujourd'hui dans nos grands services de chirurgie. Les infections purulentes et putrides, les érysipèles, quelquefois des phlegmons de mauvaise nature, complètent les principaux et les plus graves spécimens des maladies d'hôpital. Presque constamment vous voyez se produire des embarras gastriques, des diarrhées, tribut si ordinaire de l'acclimatement dans l'hôpital.

Le milieu nosocomial subit très-directement l'influence du nombre des malades réunis et de la disposition des localités. C'est une proposition qui n'a plus besoin d'être démontrée pour les opérés, et qui est plus démontrable encore pour les accouchées. Plusieurs petites Maternités de notre pays donnent de très-encourageants résultats. A Amiens, de 1855 à 1865, sur 1,509 accouchements, 8 décès, toute mortalité comprise. A Évreux, pendant la même période, 323 accouchements, 4 décès, dont un par hémorrhagie. A Nîmes, 442 accouchements, 2 décès, aucun par fièvre puerpérale. A Saint-Étienne, toujours pour la même période de 10 années, 1,788 accouchements, 22 décès, soit 1 sur 89,4. A Cambrai, 428 accouchements, aucun décès.

Ce qui est plus frappant encore, ce sont les modifications absolues qui peuvent succéder à un changement de local. A Rouen, le service

d'accouchement établi à l'Hôtel-Dieu donnait depuis longtemps une mortalité très-élevée. En 1855, on transporte la maternité dans le local qu'elle occupe aujourd'hui à l'Hôpital-Général. De janvier à juillet, sur 207 accouchements il y avait eu 27 morts. En juillet, la Maternité est établie à l'Hôpital-Général; 173 accouchements pratiqués de juillet à janvier ne donnent que 2 décès. Au mois de décembre 1864, je suis chargé, au plus fort de l'épidémie qui désolait la Maternité, du service temporaire ouvert à l'hospice Devillas. Nous quittons cet hôpital au commencement de juin, après y avoir vu pratiquer 202 accouchements. Nous avions perdu 4 malades, dont 1 éclampsique.

Je comprends qu'en présence de semblables faits l'on soit tenté de tout expliquer par l'influence hospitalière, de laisser de côté ou de faire la part la plus restreinte aux influences extérieures, l'on cesserait d'être d'accord avec les faits.

Parmi les influences extérieures, figure celle des saisons. M. Trélat l'a étudiée devant vous, avec plus de rigueur et de netteté que personne. La preuve de cette influence était déjà écrite dans les relevés de Tenon, Delaroché, Dugès, Tonnellé, Berrier-Fontaine, etc. M. Jacquemier, qui insiste sur ces faits dans ses remarquables articles insérés dans la *Gazette hebdomadaire*, à propos de la discussion académique de 1858, ajoute qu'il semble que c'est moins à la température basse qu'à ses variations subites et étendues, à l'humidité et peut-être à la direction des vents, qu'il faut attribuer cette influence fâcheuse. Cette appréciation résulte, pour l'accoucheur si distingué que nous citons, des relevés faits par M. Gérardin, à la Maternité, de 1814 à 1835, de ceux faits dans le même établissement par M. Lasserre, de 1830 à 1841.

Cette influence est donc incontestée. Il est en particulier très-curieux de la voir s'accroître très-nettement dans l'ancien Hôtel-Dieu, au milieu de la réunion la plus complète de toutes les influences nosocomiales les plus fâcheuses. Vous vous rappelez tous ce que Tenon a écrit sur l'emploi des femmes grosses dans cet hôpital. Mais elle acquiert encore plus d'évidence, grâce à un des résultats statistiques fournis par M. Trélat.

La mortalité a son maximum à la Maternité, en avril et en octobre. Les naissances sont surtout nombreuses en janvier, février, mars et avril, décembre, etc. Bien que le mois d'avril ne vienne qu'en quatrième rang pour les naissances, et soit au premier pour la mortalité, on ne peut méconnaître, ainsi que je l'ai fait remarquer, qu'il n'y ait un double facteur : l'encombrement persistant des derniers et des premiers mois de l'année, encombrement dont l'influence est toujours si fâcheuse, et l'influence saisonnière.

Il n'en est plus de même en octobre qui occupe le second rang pour la mortalité et le huitième pour le nombre des accouchements. Ici, petit nombre d'accouchements, forte mortalité; l'influence des saisons ne saurait être mieux démontrée.

Cette influence extérieure, qui règne surtout au printemps et en automne, a donc une puissance qu'on ne peut méconnaître. Sans doute elle ne crée pas la fièvre puerpérale, sans doute elle agit surtout dans le milieu hospitalier, elle y agit d'autant moins que ce milieu est entretenu et placé dans de meilleures conditions. On peut partout, grâce à des précautions bien entendues, éluder jusqu'à un certain point son influence, mais on ne peut douter un instant, quoique la preuve ne soit pas encore nettement faite, qu'elle n'agisse aussi sur la population urbaine.

Y a-t-il d'ailleurs dans ces faits intéressants quelque chose de spécial aux affections puerpérales? En aucune façon; l'influence de l'automne sur l'apparition des dyssenteries, des fièvres typhoïdes graves, est en particulier démontrée. C'est la confirmation d'une loi établie dès la plus haute antiquité et mise hors de doute par les observations répétées des médecins les plus éminents: L'influence des saisons sur le développement ou la propagation de certaines maladies, en particulier sur celles qui revêtent le plus souvent le caractère épidémique.

Ces faits ont eu et ont toujours leur place marquée dans l'histoire des épidémies. C'est la constitution temporaire, ou saisonnière, ou annuelle de Sydenham, ce sont les épidémies constitutionnelles ou *petites épidémies*.

Il faut en effet ne pas les confondre avec les grandes épidémies, l'épidémie proprement dite, celle qui s'étend sur un grand nombre d'individus, qui naît sans cause connue appréciable. Nous sommes d'accord sur ce point, mais on ne saurait refuser à des maladies qui obéissent si nettement à des influences aussi générales, le rang qu'on leur a jusqu'à présent réservé parmi les maladies épidémiques.

Faut-il refuser de croire que la fièvre puerpérale peut aussi se montrer selon le mode épidémique proprement dit? accepter que les coïncidences entre l'état sanitaire des divers hôpitaux, ou entre celui des hôpitaux et de la ville, est chose imaginaire?

Que dire alors de l'épidémie de 1819, de celles de 1787, 1788, 1821, rappelées par M. Danyau, lors de la discussion de 1858. Non-seulement plusieurs villes, plusieurs contrées, plusieurs parties d'un même continent furent successivement atteintes, mais on la vit « s'étendre aux femelles des animaux domestiques, aux chiennes par exemple, dans l'épidémie observée à Londres en 1787 et 1788,

et dans celle de 1821, à Édimbourg, ainsi qu'aux vaches qui vélèrent à cette époque dans plusieurs parties de l'Écosse, enfin aux poules pondeuses des environs de Prague dans l'épidémie de 1835. »

Que dire encore des coïncidences, sinon constantes du moins fréquentes, dans l'état sanitaire de nos divers services ? Cette coïncidence n'existait-elle pas dernièrement à Paris, ainsi que M. Tarnier vous le rappelait dans son discours si complet. J'ai déjà fait voir que cette coïncidence que M. Le Fort n'a pas rencontrée à Paris de 1860 à 1864, pour la Maternité et la Clinique, s'est malheureusement affirmée dans les autres services, et que la mortalité de cette période, s'est presque élevée, à un chiffre double de celui observé depuis le commencement du siècle. (8,46. 9,59. 6,89. 6,79. 8,07 pour cent, au lieu de 4. 4,76. 4,33. 4,97. 4,14. 4,36, chiffres des périodes décennales depuis 1802 jusqu'à 1859.)

On a cherché à maintes reprises des enseignements dans l'histoire des épidémies qui règnent en province. J'ai pu consulter à l'Administration des hôpitaux, le dossier de quelques Maternités de nos départements, pour ces 10 dernières années. A Grenoble, à Amiens, à Lille, à Saint-Étienne, à Rouen, la coïncidence de l'épidémie dans la ville et dans l'hôpital a toujours été constatée.

Comment s'en étonner quand on démontre l'action si nette d'une influence aussi générale que celle des saisons.

Je ne crois donc pas qu'il soit possible d'enlever à l'influence épidémique la part qui lui revient. Il convient seulement de reconnaître, que le mode saisonnier est de beaucoup le plus ordinaire, et ce que nous savons de la mortalité comparée de la ville et de l'hôpital, nous permet de penser que son influence très-sensible dans un milieu nosocomial, est le plus souvent — fort heureusement — beaucoup moins appréciable sur l'ensemble de la population.

A moins de contester les résultats de l'observation journalière faite dans les services d'accouchement, on ne peut nier, comme l'a fait M. Le Fort, que les invasions épidémiques ne puissent quelquefois être prévues.

Il est des épidémies qui commencent brusquement et finissent de même, mais il en est d'autres qui sont annoncées par des signes qui éveillent à juste titre les inquiétudes du chef de service. M. Trélat lui-même ne vous a-t-il pas dit que dès le courant de décembre, la convalescence de ses accouchées était moins franche que précédemment, que plusieurs avaient des malaises, des douleurs abdominales, cependant elles guérissaient encore. Or l'épidémie n'éclata qu'en janvier, et prit son summum d'intensité en février et en mars. C'est dans ces circonstances que l'on voit des cas en apparence peu inquiétants s'aggraver

subitement et courir à la terminaison fatale ; tandis que dans les conditions opposées, des cas débutent avec un grave appareil symptomatique et cèdent facilement aux méthodes thérapeutiques usuelles. Ces faits ont une grande valeur, mais je n'y insiste pas, parce qu'ils sont, ainsi que je l'ai dit, le résultat d'observations chaque jour répétées.

Le génie épidémique lui-même ne peut être laissé de côté. Il importe seulement de s'entendre sur la signification de cette expression. Il ne s'agit pas d'un souffle malfaisant, mais d'une simple dénomination acceptée de tous, que l'on applique aux maladies pour désigner leur caractère spécial ou leur nature. Or, qui ne connaît les changements de physionomie, les métamorphoses que l'on observe dans la symptomatologie ou dans la forme des fièvres puerpérales ? Cela se retrouve dans les relations de toutes les épidémies. En 1854, M. Charrier nous apprend que, pendant les premiers mois de l'année, les lésions abdominales ont été de beaucoup les plus considérables à la Maternité. Après une trêve d'un mois, vers le milieu de septembre, les manifestations du côté de la poitrine sont devenues de plus en plus fréquentes, à tel point que la pleurésie simple ou double a été la règle, et la péritonite l'exception. En 1859, M. Témoin nous montre la phlébite et l'infection purulente sévissant au printemps et en été, puis le 17 octobre, la scène change, subitement : la phlébite fait place à la péritonite. Il ne serait pas difficile d'ajouter d'autres exemples. Il est vrai que le pourquoi de semblables faits nous échappe, en nous servant de la dénomination de génie épidémique, nous faisons un modeste aveu d'ignorance, mais en quoi cela peut-il nuire aux progrès et à l'avenir de la science ?

Reconnaître et accepter de tels faits, ce n'est pas renoncer à ce que l'on sait de positif, de certain ; ce n'est pas méconnaître l'influence souvent prépondérante, l'influence souvent primitive du milieu hospitalier. Cela ne peut donner à personne le droit de rester spectateur indifférent et soumis de la mortalité dans les Maternités.

Messieurs, il est une autre question qui a été soulevée dans cette discussion, celle de la contagion de la fièvre puerpérale. Cette question, qui n'est pas nouvelle, tend à prendre, dans l'étiologie de la fièvre puerpérale, toute la place laissée libre par les causes individuelles ; causes très-importantes, mais qu'un examen approfondi a fait mettre au second plan. Il existe, depuis longtemps déjà dans la science, une doctrine qui prend la contagion comme fond de l'étiologie, et qui, grâce à son concours, ne laisse rien d'inexpliqué dans le problème qui nous occupe.

Je dirai volontiers avec le professeur Anglada, que si les observations que l'on a signalées pouvaient être acceptées dans les termes

absolus et avec le caractère de généralité qu'on lui a prêté, la contagion de la fièvre puerpérale aurait cessé depuis longtemps d'être incertaine et que les médecins seraient unanimes sur ce point d'étiologie. J'ajouterai que des désastres répétés auraient dû frapper leurs familles, et leur montrer cruellement la vérité. Vous savez qu'il n'en est point ainsi.

M. Le Fort, qui a adopté cette doctrine de la contagion, la défend avec la conviction la plus entière. Il nous reproche même d'être en arrière du progrès sur ce sujet. Il est un peu dans les habitudes, de trouver que les Français arrivent toujours trop tard en toutes choses. J'aime à espérer, pour ma part, que nous n'arriverons pas à placer la contagion au premier rang de l'étiologie. Ce serait être plus contagioniste que les faits.

Il n'est douteux pour personne qu'il y ait des fièvres puerpérales qui se développent sans causes appréciables, loin de tout contagion et de toute infection. Les cas spontanés sont en effet nombreux.

Il ne paraît pas plus douteux qu'il y en ait qui se développent sous l'influence de l'infection.

L'infection doit être soigneusement distinguée de la contagion. Nous la définirons avec M. Anglada qui a écrit un si remarquable traité de la contagion, l'action morbide que produit sur un sujet sain l'air imprégné de matières hétérogènes.

La présence de ces principes, dans une étendue limitée de l'atmosphère, forme ce qu'on appelle *des foyers d'infection*; ces principes reçoivent le nom de miasmes, lorsqu'ils rayonnent du corps de l'homme sain ou malade dans des espaces clos dont l'air se renouvelle mal.

Les sujets qui en subissent l'action peuvent être atteints de dérangements divers en rapport avec leurs prédispositions actuelles. C'est ainsi que le séjour des hôpitaux occasionne des dyspepsies, des embarras gastriques, des diarrhées, etc.; toutes affections auxquelles nous avons déjà vu les accouchées des Maternités être sujettes. Dans ces foyers peuvent donc naître *des maladies diverses, susceptibles de revêtir des caractères différents*.

On a décrit des épidémies de fièvre puerpérale et d'érysipèle; on trouve, par exemple dans la *Gazette médicale*, la relation d'une de ces épidémies qui régna à Aylesbury en 1832 (*Gazette médicale* 1835). La fièvre typhoïde a été aussi simultanément observée.

La coïncidence du développement des érysipèles avec la fièvre puerpérale est un fait bien commun dans les services d'accouchement. M. Trélat vous en citait un bel exemple dans sa récente communication. J'ai eu dans mon service plusieurs érysipèles chez les nouveau-nés au moment où la fièvre puerpérale a le plus sévi. Je dois dire que

j'ai observé comme M. Thore, une péritonite chez quelques-uns de ces petits malades, mais comme cet observateur j'ai noté que l'érysipèle ouvrait la scène et que souvent la mère n'était pas malade.

S'appuyant sur ces coïncidences, Nunneley n'a pas hésité à considérer comme identiques ces maladies nées dans un même foyer !

Pour les enfants il convient de rappeler aussi la fréquence du muquet et des ophthalmies lorsque règne la fièvre puerpérale, et pour celle-ci les formes différentes que personne ne confond. La métropéritonite, l'infection putride, l'infection purulente, etc., quelle que soit la doctrine à laquelle on se rattache, ne sauraient être considérées comme une même maladie. Entre ces affections diverses et toutes celles qui atteignent les nouvelles accouchées, il existe un lien commun, l'état puerpéral, mais un lien commun ne fait pas l'unité.

Tout ce qui caractérise un foyer d'infection se trouve donc réuni, il serait singulier que de semblables conditions ne pussent pas suffire pour expliquer l'origine et la propagation de la fièvre puerpérale.

Aussi, je ne saurais comprendre que le jour où une accouchée est tombée malade, on cessât de parler de l'infection pour laisser la place à la contagion. Les conditions qui ont créé le premier cas subsistent tout entières alors même qu'elles ont donné naissance à un ou plusieurs autres cas. Et d'ailleurs, ne savons-nous pas que la simultanéité des coups est presque la règle, ce qui se comprend bien mieux quand on explique ces invasions multiples par l'infection, ou une cause plus générale encore, que par la contagion.

Les maladies contagieuses ne se reconnaissent pas d'une manière absolue, ainsi que le dit encore M. Anglada, à ce que leurs causes agissent au contact immédiat, à travers l'air ou par tout autre intermédiaire ; mais bien à ce que ces causes, nées d'un acte spécifique de l'économie malade, font éclore une maladie semblable. Voilà le fait essentiel, indispensable, pathognomonique, du mode contagieux. Ce n'est qu'à l'aide de ce critérium que l'on peut étudier les transmissions par contagie.

La diversité des formes que je viens de rappeler et la rapidité avec laquelle on passe souvent de l'une à l'autre cadrent mal avec ces justes exigences. L'épidémie qui vient de sévir dans mon service s'est brusquement terminée au commencement de mars, après avoir offert presque exclusivement pendant tout le mois de février, l'infection purulente. Dans les mois précédents nous observions des métropéritonites ou bien de la fièvre, de la diarrhée, de la stupeur sans douleurs abdominales. Chose assez remarquable d'ailleurs, les malades qui ont présenté, même avec intensité, ce dernier ordre de phénomènes sont arrivées à la guérison.

Je crois cependant que le mode contagieux n'est pas contestable pour certains cas, qu'il peut jouer un rôle dans la propagation de la fièvre puerpérale dans les Maternités. Mais je crois que la contagion intervient comme épiphénomène et non comme fait primordial, que dans les épidémies elle est l'effet et non la cause.

On tomberait donc dans une erreur manifeste, si l'on pensait que la contagion est un caractère pathognomonique des maladies puerpérales. Comme dans beaucoup d'autres maladies, « le mode contagieux est adventice et sous la dépendance de certaines conditions variables et mobiles, parmi lesquelles l'épidémicité et l'intensité relative de la maladie tiennent le premier rang. »

Ne voyons-nous pas, dans les salles de chirurgie, l'érysipèle offrir accidentellement le caractère contagieux ?

Vous savez que Bretonneau éveilla le premier l'attention sur la contagiosité de la fièvre typhoïde. Sous sa féconde impulsion furent entrepris de nombreux travaux parmi lesquels il faut citer ceux de M. Gendron publiés en 1834, dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*. Je crois pouvoir dire que la fièvre puerpérale attend encore des travaux qui étudient aussi complètement ses propriétés contagieuses. Cependant, qui oserait soutenir que la fièvre typhoïde se développe ordinairement par contagion ? Qui peut nier l'influence de l'acclimatement, de la mauvaise alimentation, des fatigues excessives, du logement insalubre, de l'encombrement ?

Pour la fièvre puerpérale, j'ai déjà eu l'occasion de dire que plusieurs observateurs quoique contagionistes admettaient la non-contagiosité des cas sporadiques. C'est reconnaître, sans l'énoncer, la vérité que je cherche à établir. J'ai cité MM. Bristowe, Holmes, Tarnier, Hervieux ; je puis y ajouter M. Churchill.

Je crois en avoir dit assez pour montrer que je ne suis pas disposé à renouveler la querelle mal éteinte des infectionnistes et des contagionistes. Il est certainement encore des infectionnistes purs et des contagionistes absolus. Il me paraît conforme à la vérité d'admettre dans l'espèce, que sous l'empire des influences nosocomiales fortifiées, aidées par les influences saisonnières ou épidémiques, par l'encombrement, l'occupation trop prolongé des locaux, il peut se créer dans les Maternités de véritables foyers d'infection. Dans ces foyers nait, croît et se propage, souvent avec une redoutable intensité, le fléau puerpéral. A l'influence infectionnelle peut se joindre exceptionnellement le mode contagieux, dans les conditions et la mesure que nous avons essayé de déterminer.

Je montrerai tout à l'heure en tenant compte des résultats obtenus dans les Maternités, combien devient évidente l'influence presque exclu-

sive du mode infectieux. Mais je me réserve de me servir de ces exemples pour entrer dans l'étude de la prophylaxie, et je vous demanderai la permission d'étudier encore quelques points relatifs à la contagion.

Je crois d'abord qu'il n'est pas sans intérêt de montrer ce que devient la contagion infectionnelle, si l'on peut ainsi parler, en dehors du foyer où elle a pris naissance.

Le typhus est le type de ces maladies qui, nées dans un foyer d'infection, peuvent se propager par contagion. La faculté contagieuse s'est trop clairement affirmée pour que personne songe à la nier. Ici l'accord s'est complètement établi.

Je ne citerai que l'épidémie du Val de Grâce en 1856, si bien étudiée par M. le professeur Godelier, qui a consigné son intéressante description dans la *Gazette médicale de Paris*. Le typhus sévit sur des troupes revenues depuis peu de Crimée et casernées à Bicêtre. Du 7 janvier au 20 février 408 typhiques furent soignés au Val de Grâce. « Reçus d'abord dans les différents services de fiévreux, ils furent bientôt dirigés de préférence sur les salles de clinique. Là, pendant trois mois, mêlés en plus ou moins grand nombre aux autres malades, leur présence n'exerce sur aucun d'eux la moindre influence : ni les infirmiers, ni les jeunes médecins de l'école attachés à mes salles, ni ceux qui pratiquèrent les autopsies n'éprouvèrent le moindre effet du contact journalier des typhiques. »

Cependant une transmission eut lieu de malade à malade, et trois sœurs du service de M. Godelier, sur quatre, furent frappées ; deux des sœurs de l'établissement qui soignèrent leurs compagnes furent également atteintes.

La faculté contagieuse de cette terrible affection s'est encore affirmée, mais n'est-on pas frappé de cette transmissibilité si faible ? On ne l'est pas moins de l'atténuation de sa gravité : au Val-de-Grâce 44,3 pour 400 de décès, en Crimée 4 sur 3, puis, dans la seconde épidémie, 4 sur 23/40.

Ces faits viennent à l'appui de l'opinion de M. Fauvel, exprimée en ces termes : « Le typhus est un empoisonnement ; il ne se transmet pas par la *peau et le contact*, mais par l'*atmosphère confinée*, et en core cette atmosphère n'étend pas son action au delà de certaines limites, et elle perd ses facultés infectieuses au grand air, en dehors de son foyer d'infection. »

Pour la fièvre jaune, il en est de même. Vous savez que le cas de notre confrère, le docteur Chaillon, a fait révolution dans l'histoire de la contagion de la fièvre jaune. Ce cas est en effet le seul de transmission de l'homme à l'homme, que l'épidémie de Saint-Nazaire ait fourni à M. Mélier. Et ce médecin si compétent ajoute : « Je n'en con-

nais pas d'autre dans la science qui se présente avec de pareils caractères et aussi complètement dégagé de toute cause d'incertitude. »

Je ne veux pas multiplier les exemples, mais à coup sûr ce n'est pas non plus par le contact que se transmettent les dysenteries qu'ont décrites Zimmermann, Tissot, Pringle, Degner, etc.

Je m'étonne donc que les cas de contagion par contact, que les *malades de seconde main*, selon l'heureuse expression de M. Mèlier, se rencontrent si souvent dans les relations de certains médecins convaincus de la contagiosité absolue de la fièvre puerpérale. Je m'étonne encore que l'on puisse aussi aisément la transporter et la propager hors de son foyer avec toute sa gravité, quand des maladies, assurément infectieuses, mais non moins sûrement contagieuses, se prêtent si mal, ou plutôt ne se prêtent pas, à la transmission par le contact, quand leur contagion, née du foyer infectieux, disparaît ou s'atténue en dehors de ce foyer.

Parmi les cas les mieux faits pour impressionner l'opinion, se trouvent ceux qu'ont rapporté MM. Depaul et Tarnier. L'un et l'autre ont vu à la Maternité des élèves sages-femmes en dehors de tout état puerpéral, frappées par le fléau et mourir avec tous les signes de la métrite-péritonite. M. Tarnier a donné deux observations, M. Depaul une seule. Certes, voilà des cas bien faits pour montrer comment, dans un foyer d'infection peut naître, peut s'élaborer un agent contagieux. Mais remarquons bien que ces jeunes filles vivaient internées dans la maison, qu'elles ont dû, en quelque sorte, baigner d'une façon continue dans le foyer morbide. A la Clinique, où il y a aussi de la fièvre puerpérale et des sages-femmes externes, rien de semblable ne s'est jamais produit.

Je n'ai pas besoin de dire que ces faits sont absolument exceptionnels, mais ils sont bien de nature à montrer que c'est aussi par empoisonnement que procède l'agent contagieux de la fièvre puerpérale, quand il rencontre les conditions nécessaires à son développement.

J'examine maintenant les faits de contagion de seconde main, cités par M. Depaul. Dans le premier, il s'agit d'une dame dont l'habitation était assez éloignée de la Maternité. On vint chercher M. Depaul dans cet hôpital où il était interne. Il pratiquait une autopsie. Il changea de vêtements, se lava avec le plus grand soin et se rendit auprès de sa cliente. Il y arriva au plus tôt, au milieu de la journée. Le soir même éclata le frisson suivi de près d'accidents très-rapidement mortels.

Le second fait est entièrement analogue, comme circonstances : même temps entre le contact et le début des accidents.

Est-ce donc là le mode habituel selon lequel se développent les

maladies contagieuses? Où est l'incubation? On peut aussi se demander où elle est dans la plupart des cas, puisqu'il est prouvé que les affections puerpérales graves se développent hâtivement; le plus souvent dans les premières vingt-quatre heures.

Remarquons bien que ces malades étaient en dehors de tout foyer infectieux. L'histoire du typhus est encore là pour nous apprendre que les cas d'invasion brusque, foudroyante, ne s'observent que dans les foyers. Hildenbrandt fixe à trois ou quatre jours l'incubation du typhus; M. Bouley (d'Alfort) disait, il y a peu de temps encore à l'Académie de médecine, que l'incubation de typhus des bêtes à cornes qu'il venait d'observer en Angleterre, alors que l'épidémie était dans toute sa force, variait de 5 à 13 à 44 jours. Renault avait montré par ses expériences que l'inoculation du sang de rate, dont les effets sont si terribles, fournit une incubation de 36 heures.

A ces remarques je pourrais ajouter cet autre fait non moins vrai : Dans toute maladie fébrile, née d'une contagion miasmatique, les phénomènes généraux précèdent toujours l'apparition des phénomènes locaux. Certes il y a des cas de fièvre puerpérale où les phénomènes généraux ont une si terrible intensité, que les phénomènes locaux leur sont entièrement subordonnés. Mais encore est-il que, même dans les cas les plus graves, on trouve le plus communément, quand on le cherche, le phénomène local, la douleur abdominale, avant toute apparition des phénomènes généraux. Pour ma part, je l'ai toujours trouvée et notée dans tous les cas observés dans mon service.

L'histoire de la contagion de la fièvre puerpérale ne devrait donc pas se limiter, comme on l'a fait jusqu'à présent, à la constatation de coïncidences plus ou moins bien établies, plus ou moins valables. Il faudrait donner des observations bien complètes et faire l'histoire du mode selon lequel peut s'opérer le transport ou la communication du contagé.

On accuse tout, on admet tous les modes possibles. Avec une semblable méthode on doit nécessairement arriver à trouver des faits de contagion.

Cependant certains contagionistes arrivent à quelques restrictions. Voici les conclusions de Churchill dont j'ai déjà cité l'opinion à propos des cas sporadiques, à la contagion desquels il refuse de croire :

« Enfin, dit l'auteur anglais, pendant que l'évidence me force d'admettre que la fièvre puerpérale peut être transportée, communiquée ou développée par ceux qui s'occupent d'accouchements, après qu'ils ont fait *des autopsies*, et aussi par ceux qui sont en contact avec des malades ou avec *leurs sécrétions* (surtout s'ils n'ont pas pris toutes les précautions nécessaires); il m'est impossible, d'autre part, de

croire à la transmission par contagion de la maladie, lorsque des conditions analogues n'ont pas existé. »

Ainsi, pour Churchill, le fait de la transmission par les tiers se réduirait de beaucoup. Mais je ne crains pas de dire, et c'est l'opinion de médecins très-contagionistes, que ce mode de contagé, qui suppose que la fièvre puerpérale est inoculable, est un des plus douteux.

Il est d'ailleurs bien remarquable, qu'avec de telles convictions, personne ne se soit avisé d'inoculer à des femelles d'animaux venant de mettre bas, les fluides contagieux. On sait cependant qu'elles sont susceptibles d'avoir la fièvre puerpérale. Cela prouve une fois de plus combien cette question si grave de la contagion a besoin d'être étudiée et l'a été peu.

J'ai cherché à me rendre compte, dans mon service, des voies et moyens de la contagion.

La Maternité de l'hôpital Cochin a été ouverte le 15 juin 1865. Le premier cas mortel s'est présenté le 17 août. Le 21 août, deuxième et troisième cas, le 25 et le 26, quatrième et cinquième. Bien que le service ait continué à fonctionner, rien jusqu'au 9 octobre; à cette date nouveau cas mortel, puis deuxième et troisième, le 28 et le 30. En novembre, un seul, le 21. En décembre, nous avons sept nouveaux cas mortels, le 9 un cas, le 18 et le 19 trois, le 21 et le 26 les trois autres. Ainsi intervalles de six semaines, de dix-neuf jours, de vingt-deux jours, de seize jours, dans les invasions. Invasions coup sur coup, malades frappées presque simultanément, pas de succession régulière, si ce n'est en mars, où nous avons eu trois infections purulentes sur quatre cas. Cette marche saccadée, irrégulière, est bien plus frappante encore quand on la retrouve dans un service anciennement ouvert et souvent éprouvé. A la Clinique, en 1865, aucun cas de fièvre puerpérale pendant les mois de mai, juin, juillet et août. Deux décès sont inscrits en mai, trois en juin, mais ne sont pas dus à la fièvre puerpérale; aucun décès en juillet et août, un seul en septembre.

Si l'on admet la contagion, il faut reconnaître, d'une part, qu'elle frappe des coups bien rapprochés, et, d'autre part, qu'elle s'endort souvent et pour de longs intervalles. Quoi qu'il en soit, nous avons eu à l'hôpital Cochin 27 décès, par affections puerpérales, sur 532 accouchées, ce qui équivaut à 1 sur 19,9 ou 5,02 pour cent. Ce chiffre est arrêté au 1^{er} mai; depuis le 12 mars jusqu'à ce jour, nous n'avons eu aucun nouvel accident à déplorer, l'état sanitaire est des plus favorables. Je me contenterai d'étudier devant vous les seize premiers cas, me réservant de donner plus tard une histoire générale de mon service.

La première femme mortellement atteinte fut couchée dans une

salle entièrement neuve, le 17 août, vers deux heures du matin; cinq autres femmes accouchées, le 16 et le 17, l'occupaient en même temps qu'elle. Elle fut transportée à l'infirmerie le 19 dans la soirée. Elle avait eu son premier frisson le 18, à une heure du matin. Le lit qu'elle avait occupé fut complètement débarrassé de sa literie, lavé et laissé sans garniture, ainsi qu'il est toujours d'usage dans nos salles. Nous n'avons pas de rideaux; le lit était réduit à son cadre de fer. Le 21, dans la soirée, deux femmes accouchées à quelques heures d'intervalle sont placées dans les lits contigus. L'une était malade dès le lendemain matin à la visite, la seconde à cinq heures de l'après-midi. Toutes les deux moururent.

Ces faits sont très-frappants, mais il faut remarquer d'abord la rapide invasion, et surtout que les seuls objets accusables d'avoir recelé et transmis les germes contagieux, sont les objets mobiliers, les murailles ou le parquet. Il ne faut pas oublier que la première malade avait quitté la salle depuis quarante-huit heures, lorsque ces deux malheureuses femmes y entrèrent et que cinq autres, toutes récemment accouchées, avaient subi bien plus directement des chances de contagion pendant les trente heures qui s'écoulèrent depuis l'invasion jusqu'au transport à l'infirmerie. Les salles n'ont que dix lits; celle dont il s'agit a les numéros de 31 à 40. Les lits n^{os} 34, 32, 33, 35 et 37 étaient occupés par les cinq autres compagnes de salle de la femme B..., première décédée. Or, elles étaient non-seulement exposées à respirer des miasmes fraîchement élaborés, mais à un danger bien plus sérieux encore, selon l'opinion la plus généralement reçue. Les accouchées sont régulièrement lavées deux fois par jour; elles ont chacune leur linge ou éponge; mais la même infirmière passe successivement de l'une à l'autre dans un temps très-court. Ces cinq accouchées échappèrent cependant à ce double moyen de contagion, auquel on pourrait ajouter celui qui résulte pour certains auteurs du contact du service médical se faisant d'un lit à l'autre. Seule l'accouchée du n^o 31 eut des lochies fétides et l'utérus douloureux, mais on l'avait constaté le 17 au matin, avant que la femme B... ne tombât malade.

Je dois encore ajouter que le 21 août deux autres accouchées avaient été placées aux n^{os} 34 et 36, ce qui complétait la salle. Elles guériront sans accidents.

Si l'on peut accuser le voisinage du lit contaminé, il faut au moins absoudre les tiers, et cela dans des circonstances bien faites pour rendre leur action funeste.

Je crois intéressant de dire que nous n'avons eu, dans cette salle, un nouveau cas mortel, que le 21 novembre; puis deux autres en

janvier. La salle avait été, il est vrai, mise au repos, largement aérée pendant quelques jours, les literies renouvelées, mais on y avait déjà soigné 42 accouchées lorsque se présenta ce nouveau cas.

Est-ce aux tiers, est-ce au transport des miasmes contagieux par l'air, qu'il faut attribuer les deux cas du 25 et du 26 août, nés aux numéros 28 et 24, salle numéro 3. La salle est en effet sur le même palier, mais à plus de dix mètres de distance, et les jours précédents, le transport atmosphérique ne s'exerçait pas dans la salle primitivement affectée. Seraient-ce les tiers qui auraient eu la puissance qui venait aussi de leur faire défaut ? Toujours est-il que ces deux malades furent presque simultanément prises et que, jusqu'au 8 octobre, nous n'eûmes aucun nouveau malheur à déplorer.

La malade du 8 octobre était atteinte dans la même salle, au numéro 26, alors que les numéros 24 et 28 qui avaient donné asile aux malades du 26 août, avaient reçu depuis des accouchées qui ont parfaitement guéri.

Les malades du 28 et du 30 octobre, furent également atteintes dans cette salle. L'une au numéro 26, l'autre au numéro 30. La coïncidence est ici très-remarquable : le numéro 26 avait été occupé précédemment par la malade du 8 octobre, et le numéro 27 est immédiatement voisin. Il faut bien remarquer cependant que le lit 26 avait été inoccupé pendant quatorze jours, laissé sans literie, lavé, soumis aux vapeurs chlorurées, que la pauvre femme qui l'occupait était dans les conditions les plus misérables, qu'elle ne fut placée dans ce lit que le 28 vers une heure de l'après-midi, et que le 29 à neuf heures du matin, je la trouvais avec tous les symptômes d'une métrite grave. Le 2 novembre, après un frisson (le premier) se manifestèrent tous les signes de la métrô-péritonite ; elle mourut le 7, à six heures et demie du soir.

Il faut surtout remarquer que sa voisine du 27, qui succomba aussi, mourut le 27 novembre, c'est-à-dire le vingt-huitième jour, après avoir offert tous les symptômes et, à l'autopsie, toutes les lésions de l'infection purulente.

Les accoucheurs éminents qui admettent une fièvre puerpérale essentielle, en distinguent soigneusement la métrô-péritonite, et tout aussi nettement, l'infection purulente.

Nous avons, en faveur de la contagion, les coïncidences, les voisinages de numéros, mais il nous manque un fait nécessaire, un caractère absolu, la reproduction d'une maladie semblable.

Je pourrais montrer maintenant la malade du 21 novembre atteinte, au numéro 32, c'est-à-dire dans la salle vis-à-vis (la première contaminée), ayant dans son voisinage immédiat deux femmes

accouchées la veille, ne communiquant rien à ses voisines immédiates, ni aux autres nouvelles accouchées de la salle. Mais je préfère rapidement passer aux faits du mois de décembre, en faisant remarquer toutefois que cette salle, deux fois contaminée, va demeurer parfaitement indemne de nouveaux cas, malgré la présence des sept malades de décembre et les communications incessantes du personnel.

La salle du premier étage, située vis-à-vis celle-ci, devant être abandonnée, ne reçut plus de nouvelles accouchées à partir du 12 décembre. Deux femmes, accouchées le 1^{er} et le 2, y étaient tombées gravement malades, mais purent être guéries, l'une d'infection putride, l'autre de diarrhée intense avec fièvre vive et phénomènes typhoïdes.

Ce fut au rez-de-chaussée qui contient aussi deux salles disposées comme celles du premier étage, que nous observâmes les sept cas mortels de décembre. Mais ce fut là que les accouchées furent placées en plus grand nombre. Car, sur 45 femmes accouchées du 9 au 31, 12 seulement furent placées dans la salle numéro 4, et 4 dans la salle numéro 3. Il y en eut donc 32 reçues dans les vingt lits du rez-de-chaussée, dans l'espace de vingt et un jours.

La malade du 9 décembre, fut atteinte au numéro 40 ; le 18 et le 19, sur 6 accouchées, 3 tombent malades dans les premières heures qui suivent l'accouchement, et meurent du troisième au quatrième jour. Elles sont prises toutes les trois, le 19 décembre, à peine à quelques heures d'intervalle, l'une cinq ou six heures après l'accouchement, la seconde à la douzième heure, la troisième de la douzième à la vingt-quatrième heure. Elles ne sont pas dans la même salle, et deux d'entre elles ont été témoins, à la salle d'accouchement, de la mort subite, après le travail, d'une de leurs compagnes.

Jusqu'au 26 décembre, aucun nouveau cas, quoique 14 accouchements aient eu lieu, que ces trois cas fussent les plus graves que nous eussions encore eus, et que l'action des tiers ait pu s'exercer librement.

Le premier cas du 26 décembre se déclare au numéro 11. Le numéro 12 avait été occupé, jusqu'au 20 décembre, par une des dernières malades. Il était donc abandonné, vidé et nettoyé depuis cinq jours. Des accouchées nouvelles, qui avaient été placées aux 13, 15 et 16, et subi la présence de la malade, étaient restées indemnes. Il faut donc encore absoudre les tiers et accuser le mobilier. Mais alors que ce numéro 11 est encore occupé par la malade dont nous parlons, on place au numéro 12, dans ce lit que nous accusons, une autre accouchée du 26 décembre, qui subit à la fois le voisinage d'une malade et l'influence d'un lit quitté six jours avant par une autre ma-

lade, et qui cependant échappe à ce double danger et à ceux qui pouvaient résulter du contact des tiers, infirmiers ou médecins. Une autre accouchée du 26, deux du 29, une du 30, sont placées dans cette même salle numéro 2, et guérissent avec non moins de facilité. Nous n'aurons plus que deux malades dans cette salle, l'une le 17 février, l'autre le 6 mars ; la première avec une métrite-péritonite, la seconde avec une infection purulente.

Les deux autres malades du 26 décembre, sont dans la salle numéro 4, aux numéros 10 et 6. Le numéro 10 a été occupé, du 7 au 10 décembre, par la malade du 9 décembre. Il a été inoccupé et vide pendant quatorze jours. La malade placée au numéro 6 tomba malade la première. Le lit numéro 8 venait d'être occupé, du 18 au 21, par une malade de la précédente série. Avait-il pu influencer la malade actuelle du numéro 6 ? Cela n'est pas impossible ; cependant le lit n° 8 était occupé par une accouchée du 26 décembre, qui ne tomba pas malade. La malheureuse malade du numéro 6 n'influença pas davantage une accouchée du même jour, placée au numéro 5. Il y avait encore dans cette même salle, au numéro 2, une autre accouchée de ce même jour, qui se trouvait au voisinage immédiat du numéro 1, abandonné seulement le 24, par une des malades de la précédente série.

Ainsi le lit le plus anciennement abandonné est celui dont l'effet se ferait le plus sûrement sentir ; le voisinage immédiat d'une malade, l'habitation d'un lit récemment abandonné, restant sans résultat fâcheux.

Si de semblables faits doivent laisser des doutes dans l'esprit de tout chef de service qui a le sentiment de sa responsabilité, ils ne peuvent assurément permettre d'établir que c'est par le mode contagieux que sont nés tous ces cas.

La contagion par les objets mobiliers, qui semble si prouvée au début, subit bientôt de bien gros démentis. Je suis loin cependant de ne pas en tenir compte ; c'est un des modes les plus démontrés de la contagion miasmatique. Mais on ne saurait méconnaître l'importance des faits négatifs quand ils sont les plus nombreux et aussi frappants. Il faut remarquer aussi qu'en dehors de la série du mois d'août, ce sont les mois ordinairement mauvais qui ont donné des malades ; que nous avons eu un encombrement réel, car sur 538 accouchements faits en dix mois et demi, nous en avons pratiqué 244 dans les mois d'octobre, novembre, décembre et janvier ; enfin que, dans ces mêmes mois, la Maternité et la Clinique ont été le théâtre de grandes mortalités.

La contagion par les tiers n'a pu être prouvée, et nous l'avons vu

manquer son effet dans les occasions où elle semblait devoir le mieux s'exercer. Le transport par l'air ne s'est pas affirmé davantage, quand des malades ont été en présence. Si le rayonnement est si rare et si faible dans le foyer, comment admettre le transport par la communication de l'air d'une salle à l'autre, ou à travers l'escalier. Ce qui peut seulement être accusé, quand on tient compte de toutes les circonstances, c'est l'influence du mobilier, de la salle, influence restreinte d'ailleurs, limitée au voisinage immédiat ou à l'occupation du même lit, mais manquant souvent son effet. Cela suffit pour qu'une sage prophylaxie en tienne le plus grand compte, mais ne peut servir à expliquer la propagation par la contagion seule et par tous les modes possibles de contagion, libéralement accordés à la fièvre puerpérale, alors que les maladies les plus contagieuses ont le plus souvent leur moyen particulier, leur voie spéciale de contamination.

Je ne chercherai pas à tirer de ces faits des arguments pour ou contre la valeur réelle de la Maternité de l'hôpital Cochin. Je suis d'avis qu'on ne peut encore la juger. Ceux qui la connaissent et qui savent quels incontestables progrès elle réalise penseront qu'elle est appelée à fournir de bons résultats. Ce qui me reste à exposer à propos de la prophylaxie, contribue à m'en donner la ferme espérance.

Messieurs, c'est en vous citant des faits, que je vais chercher à indiquer les règles qui doivent être appliquées à l'hygiène des Maternités.

Deux de ces établissements méritent surtout d'attirer l'attention. Ce sont les Maternités de Rouen et de Dublin. La Maternité de Rouen a déjà été citée avec éloge dans cette discussion; vous connaissez aussi la statistique de Dublin. J'ai visité la Maternité de Rouen avec M. Husson, directeur général de l'assistance publique et M. Ser, ingénieur de cette administration. Je dois à l'obligeance de notre président, M. Giraldès, des renseignements très-circonstanciés sur la Maternité de Dublin; ils nous avaient fait défaut jusqu'à présent. Ils ont été transmis à notre honoré collègue, par le docteur Denham, chirurgien en chef.

M. le docteur Hélot, qui dirige avec autant d'habileté que de bonheur le service de Rouen, y a établi dès l'origine le système de l'alternance à courtes périodes. Chaque salle est occupée, à tour de rôle, environ pendant dix jours. Elles contiennent neuf lits; on n'en remplit jamais que huit au maximum. La salle vidée reste en aération constante, jusqu'au moment où elle est de nouveau livrée aux femmes accouchées. Cette aération est aussi de dix jours environ. Lorsque les femmes quittent l'une des salles, on enlève tout ce qui compose le coucher, le lit, la paillasse et les oreillers exceptés. On remplace cette dernière tous les trois mois. Les lits ont des rideaux; ils ne sont

changées qu'une ou deux fois par an, quand ils sont salis accidentellement, ou après un décès.

Les femmes sont tenues dans le plus grand état de propreté; M. Hélot veille avec la plus grande sollicitude à ce que rien ne soit négligé à cet égard. Les alèzes qui reçoivent le sang et les lochies sont très-fréquemment changées, jusqu'à dix fois par jour, s'il est nécessaire, le linge sali immédiatement enlevé. Les femmes sont lavées trois fois dans les vingt-quatre heures; le linge est chauffé à l'étuve contenue dans le calorifère de la salle. « Les femmes atteintes de fièvres puerpérales sont maintenues d'ordinaire dans les salles communes, sauf le cas où la maladie prend une gravité qui menace prochainement les jours de la malade. Dans ce cas, elle est transportée dans l'une des chambres du troisième étage, ou bien les autres femmes sont déplacées pour leur épargner les impressions fâcheuses que pourrait occasionner la mort de la malade. »

La propreté la plus grande règne dans tout l'établissement, mais rien de particulier n'a été cherché dans l'aménagement, qui est aussi simple que possible. Il y a cinq salles, dont quatre de neuf lits, une de six, et deux petites chambres.

Depuis l'ouverture, 18 juillet 1855, jusqu'au 1^{er} janvier 1866, on a pratiqué 4,393 accouchements. Il y a eu 44 décès par fièvre puerpérale, 19 par accidents de suites de couches autres que la fièvre puerpérale, 10 par causes étrangères aux suites de couches; ce qui donne pour le total des décès 4,664 pour 400, ou 1 morte sur 60,478 accouchées; et pour la mortalité par fièvre puerpérale, 1,400 pour 400 ou 1 morte sur 99,840 accouchées.

A l'Hôtel-Dieu de Rouen, dans les neuf années précédentes, l'on avait pratiqué 2,947 accouchements et compté 453 décès, soit 5,494 pour 400 ou 1 sur 19,264.

La Maternité de Dublin a été fondée en 1745 par Bartholomew Mosse, qui en fut le premier chirurgien; elle n'occupe le local actuel, ordinairement désigné sous le nom de Rotundo, que depuis 1757.

Elle a cent cinquante lits, distribués dans onze salles. Neuf reçoivent tour à tour les femmes en travail, une reçoit les convalescentes et la dernière est destinée aux maladies des femmes.

Chaque salle comprend une grande chambre et deux petites; dans la plus grande, on accouche les malades et on les soigne après la délivrance; les petites sont destinées à recevoir des cas que l'on trouve avantageux d'isoler, ou des malades payantes.

Les neuf salles de travail sont remplies tour à tour ainsi qu'il suit : aussitôt que tous les lits d'une salle sont occupés par des femmes venant d'accoucher, on admet les femmes en travail dans la seconde et

on laisse se vider la première, ainsi de suite. En moyenne une salle est remplie en moins de quarante-huit heures, généralement en vingt-quatre. Les malades, si elles sont suffisamment bien et si elles le désirent (car on les laisse libres), sont renvoyées le huitième jour. Dans tous les cas, la salle est vidée ce jour-là et les femmes qui ne sont pas assez fortes pour sortir, sont placées dans les salles des convalescentes jusqu'à rétablissement. Ainsi, en huit jours, la salle première pleine est vidée, et alors elle est lavée, nettoyée complètement, et un courant d'air est établi jusqu'au moment où elle doit être de nouveau mise en service, ce qui n'arrive qu'après deux ou trois jours de repos.

Tous les lits sont en fer, à rideaux, et sans ciel. Les matelas sont des sacs en coutil remplis de paille molle, qui est changée tous les huit jours. On apporte le plus grand soin à la propreté personnelle de chaque malade. Il y a toujours une grande provision de linge propre, tellement que chaque femme peut, dans son court séjour dans la salle, être changée de draps cinq ou six fois, si c'est nécessaire, outre le change du linge de garniture.

On ne laisse jamais séjourner près des malades du linge ou de l'eau sales.

On maintient dans les salles une ventilation complète à l'aide de tubes qui ouvrent sur le toit, tandis que l'air est admis des corridors dans les salles par des rangées de petits trous disposés à la partie supérieure des portes. C'est à cette ventilation « libre, » dit le docteur Denham, qu'on peut, dans une certaine mesure, attribuer la rareté de la fièvre puerpérale.

On pratique chaque année 2,000 accouchements en moyenne; depuis la fondation jusqu'à 1862, on en compte 493,876; il y a eu 2,352 morts, ce qui donne 4 mort sur 82 accouchées, toutes causes de mortalité comprises.

Ces deux Maternités fonctionnent donc de la même manière; les mêmes principes ont évidemment guidé les hommes distingués qui les dirigent, tout est mis en œuvre pour prévenir l'infection, rien n'est fait contre la contagion.

Il est bien intéressant de voir les mêmes résultats obtenus par des méthodes identiques, surtout lorsque ces résultats sont exceptionnels. Les chiffres que nous venons de citer ne sont pas comparables à ceux qu'a fournis l'assistance à domicile, mais, comme chiffres hospitaliers, ils sont très-remarquables. On ne les retrouve que dans les très-petits établissements. Ils renferment de nombreux enseignements et nous montrent nettement la voie où l'on doit s'engager pour faire de bonne hygiène dans les maternités.

Ces enseignements deviendront plus clairs encore, si nous comparons les résultats dont nous venons de parler, à ceux que des mesures ou des réformes d'une autre nature ont permis d'obtenir.

De toutes les Maternités d'Europe, l'Institut des sages-femmes de Saint-Petersbourg placé sous le patronage de la grande-duchesse Hélène, et dirigé par un médecin des plus distingués, le docteur Hugenberger, applique avec le plus de rigueur le principe de la séparation des accouchées saines, et celui de la séquestration des accouchées malades. En un mot, on obéit surtout, dans cet hôpital, à l'idée de la contagion. La réforme a été opérée en 1852. Le tableau que publie M. Le Fort comprend quinze années. Je prends un nombre égal d'années avant et après la réforme, en laissant de côté l'année 1852 où elle a été opérée. Je vois qu'avant la réforme, il y a eu pour sept années 2,648 accouchements et 82 morts, soit 4 décès sur 32,47; après la réforme, 4,807 accouchements et 144 morts, soit 4 décès sur 34,09.

Cependant les accouchées sont placées dans des chambres séparées, les femmes malades sont aussitôt transportées dans une infirmerie composée de chambres séparées et soignées par un personnel spécial. Il est défendu d'entrer dans les salles après avoir fait une autopsie ou après avoir manié ou touché des produits morbides. Les chambres non occupées restent ouvertes, quelle que soit la saison, et l'on y fait des fumigations de chlore, de vinaigre de sureau.

A Berlin, toutes les accouchées malades sont transportées à l'hôpital général, l'isolement est donc absolu. M. Le Fort n'a pu fournir de statistique que pour l'année 1864, qui donne 4 mort sur 36,3 accouchées; mais il nous apprend que des renseignements pris sur les lieux mêmes, lui donnent lieu de croire que la fièvre puerpérale règne assez fréquemment dans cette Maternité.

En France, à Caen, les malades atteintes de maladies non puerpérales, sont transportées dans les salles de médecine, celles atteintes de maladies puerpérales dans une salle de l'hôpital qui leur est spécialement réservée et qui est éloignée de la Maternité. La mortalité dépasse 5 pour 100.

Quand on envisage la question au point de vue pratique, on pourrait dire expérimental, on arrive donc au même résultat que lorsqu'on l'étudie au point de vue doctrinal. On ne saurait douter que la doctrine de la contagion absolue est aussi peu fondée en théorie qu'en pratique.

On voit au contraire combien est réelle l'influence de l'infection, de l'imprégnation hospitalière, non pas par un prétendu miasme spécifique, mais par ceux qui s'échappent des accouchées *saines* ou *malades*.

C'est cette imprégnation que l'hygiène appliquée aux Maternités a surtout pour ~~mission~~ de combattre.

Ce qui montre bien que l'infection et la contagion doivent être soigneusement distinguées, c'est qu'en l'absence de cette distinction, la prophylaxie reste incertaine et par conséquent inefficace.

L'alternance rapide est évidemment le procédé le plus sûr pour combattre les fâcheux effets de la réunion des accouchées.

Remettre après chaque accouchement le lit, la chambre ou la salle en état de virginité, est assurément le moyen de se rapprocher le plus de ce qui se passe en ville, où il n'y a pas seulement, dans un local donné, une accouchée unique, mais surtout une accouchée rare, la chambre et les objets mobiliers ne devant pas subir, avant une année au moins, le contact d'une nouvelle accouchée. Or ce contact peut devenir dangereux, s'il se répète fréquemment dans un même lieu, que ce soit une salle ou une chambre, que l'accouchée soit saine ou malade.

Aussi sommes-nous disposé à penser que les lavages, le changement de la literie et la purification atmosphérique ne peuvent être suffisants que pour un temps donné.

Il convient alors de recourir aux purifications chimiques, aux lessivages qui viendront une ou deux fois par an purifier, jusque dans ses moindres parties, le local occupé par les accouchées. Les purifications chimiques par les vapeurs nitreuses, instituées dans les hôpitaux de Paris et mises en usage à la Maternité et à l'hôpital Cochin, par M. le professeur Regnault, paraissent avoir une réelle efficacité.

Mais, à côté de ces purifications, de ces lavages, de l'alternance, il ne faut pas oublier de mettre les purifications de chaque jour, qui s'adressent à l'accouchée, à l'atmosphère, à la salle.

On l'assurera, pour l'accouchée, par les lavages et changements de linges répétés ; pour la salle, par le bon ordre, les nettoyages scrupuleux de chaque jour ; pour l'atmosphère, par l'ouverture des fenêtres ou par des prises d'air convenablement ménagées. On sait combien l'air pur, la propreté, atténuent ou détruisent la puissance des émanations miasmatiques ; aussi l'aération et la propreté de chaque jour ne peuvent être que complétées, rendues plus parfaites, et non remplacées par celles de l'alternance.

La séparation des accouchées malades est assurément une sage mesure ; même à défaut d'une contagion possible, il y aura toujours intérêt à éviter aux accouchées saines le spectacle des souffrances et de la mort de leurs compagnes.

Tout le monde est convaincu aujourd'hui qu'il faut construire de petites salles et de petites Maternités, donner beaucoup d'espace pour peu d'accouchées, et en cas d'épidémie, substituer, s'il est nécessaire,

l'évacuation à l'alternance. Les faits que nous venons d'exposer ne peuvent que donner plus de force à ces opinions.

Le système de l'alternance à courtes périodes n'est possible que dans de petites salles, et il convient, pour le faire convenablement, qu'elles ne communiquent pas entre elles.

Il serait plus facile encore avec des chambres isolées, mais aucune des expériences faites n'a été assez bien instituée, pour que l'on puisse avoir sur leurs avantages possibles une opinion arrêtée. La seule expérience radicale est celle qu'a proposée, en dernier lieu, M. Tarnier ; elle réunit des conditions d'expérimentation rigoureuse qui sont de nature à engager à la tenter.

C'est à dessein, messieurs, que je n'ai pas abordé la question de l'assistance à domicile. C'est évidemment le meilleur mode possible d'assistance pour les accouchées. Vous savez qu'il fonctionne largement et régulièrement à Paris, vous connaissez ses excellents résultats ; mais comme nous avons, et comme nous aurons probablement encore et toujours des Maternités, j'ai cru devoir rester dans la question d'hygiène. La dissémination des femmes en couche dans les services généraux est aussi l'un des corollaires de la question ; j'ai eu l'occasion de l'indiquer ailleurs, mais je ne l'aborderai pas ici. Les points que j'ai cherché à étudier m'ont forcé à beaucoup abuser de votre attention, et bien que j'aie dû les traiter fort incomplètement, j'arrêterai ici cette longue communication.

PRÉSENTATION D'APPAREILS.

M. Robert présente à la Société l'appareil dont il a été fait mention dans la correspondance.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 16 MAI 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Danyau, membre fondateur de la Société, écrit pour obtenir le titre de membre honoraire.

— M. Depaul s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

— M. le docteur Moré adresse quelques documents relatifs à une observation d'invagination intestinale qu'il avait adressée il y a quelque temps. Cette note sera remise à M. Foucher, chargé de faire le rapport.

La Société reçoit :

Outre les journaux hebdomadaires,

Le Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique.

Et le programme du congrès médical qui doit avoir lieu à Strasbourg, le 27 août 1866.

COMMUNICATION.

Tumeur de la vulve. — Gangrène de la jambe.

M. PRESTAT (membre correspondant à Pontoise). Je demande à la Société l'autorisation de l'entretenir de deux cas d'opération chirurgicale qui se sont présentés dans ma pratique.

Le premier a rapport à une tumeur située à l'orifice du méat urinaire chez une femme. En voici l'observation.

Au commencement d'avril 1866, je fus consulté par une femme âgée de soixante-dix ans, pour une tumeur qu'elle portait depuis trois ans dans la vulve et dont elle ne s'était jusqu'alors occupée en aucune façon ; mais de petites hémorrhagies, qui se répétaient presque chaque jour depuis une quinzaine, l'avaient inquiétée, et elle désirait savoir ce qu'il fallait faire pour être débarrassée. Cette femme, âgée de soixante-dix ans, est usée au moins autant par les fatigues que par l'âge. Elle a eu de nombreuses grossesses et a allaité plusieurs enfants. La tumeur, située entre les grandes lèvres, est percée à son centre par le méat urinaire. Elle a environ 40 centimètres $4/2$ de haut en bas, sur 40 centimètres de large, et, depuis quelques semaines, elle a presque doublé de volume. Elle est molle et saigne au moindre contact. Je pensai qu'il fallait enlever cette tumeur, et ma proposition fut acceptée. L'opération fut facile ; la tumeur, saisie avec un serre-nœud, fut étranglée et enlevée de deux coups de ciseaux. Un léger écoulement de sang céda à des lotions froides.

Les suites de l'opération furent simples ; le seul incident désagréable fut une rétention d'urine qui, pendant plusieurs jours, nécessita l'emploi de la sonde. L'examen de cette tumeur, que je mets sous les yeux de la Société, m'a fait penser qu'il s'agissait d'une tumeur carcinomateuse.

La malade est en ce moment guérie. Y aura-t-il une récurrence ?

Le second fait, dont je veux entretenir la Société, est une gangrène

de la jambe, par suite de l'oblitération de l'artère crurale, oblitération déterminée par un appareil de fracture de cuisse.

Au commencement d'août 1865, je fus demandé pour donner mon avis à un jeune homme de seize ans, qui avait été blessé cinq semaines auparavant.

Le sieur B..., âgé de seize ans, aide dans un moulin situé à 40 kilomètres de Pontoise, avait été saisi par ses vêtements et entraîné autour d'un arbre de couche. Lorsqu'on eut arrêté le moulin, B... avait une fracture du bras droit, une fracture de la cuisse droite et une contusion très-grave des deux talons. Le talon droit était moins gravement blessé que le gauche. La fracture de cuisse fut placée sur un appareil à suspension, et la cuisse seule serrée dans un appareil qui ne s'étendait qu'à jusqu'au genou. Au bout de quelques jours le sphacèle s'empara du tiers inférieur de la jambe et du pied. Au moment de ma visite, cinq semaines après l'accident, la séparation des parties molles gangrenées était très-avancée, et les deux os de la jambe apparaissaient complètement découverts; le jeune B... était très-affaibli, presque anémique, en proie à une fièvre ardente, sans appétit. La partie gangrenée répandait dans toute la maison une odeur insupportable. Le médecin qui soignait B... n'aurait voulu procéder à l'amputation que plus tard, pour ne pas entraver le travail de consolidation de la fracture du fémur. J'insistai vivement pour que cette amputation se fit le plus tôt possible.

Quel ne fut pas mon étonnement, lorsque le 14 août, le père de B... vint me dire que le médecin traitant s'était refusé à faire l'opération, que son fils était bien plus faible qu'au moment de ma visite, et me prier de l'admettre à l'Hôtel-Dieu de Pontoise pour pratiquer l'amputation.

Le 15, le petit blessé fut apporté dans un bateau avec la moindre fatigue possible, et cependant il était tellement faible, qu'au moment de son arrivée je dus me contenter de séparer d'un trait de scie les os de la jambe, au niveau de la partie vivante, pour débarrasser le blessé de cette horrible puanteur et n'en point infecter la salle.

Le lendemain, en examinant B.... je constatai que la fracture n'avait pas été réduite, qu'il y avait un chevauchement considérable des fragments, et qu'il n'y avait pas de consolidation, même commençante. Je dus dès lors songer à l'amputation de la cuisse, qui fut pratiquée le 17. Après l'amputation faite, nous reconnûmes que l'artère fémorale était oblitérée par un caillot adhérent aux parois vasculaires. Comme j'ignorais si je n'étais pas très-près de la limite supérieure du caillot, je plaçai une ligature sur l'artère crurale. De nombreuses branches artérielles supplémentaires versèrent du sang. Elles furent

liées, sauf deux, qui, situées dans un infundibulum, ne pouvaient être saisies et nécessitèrent l'emploi d'un tampon imbibé de perchlorure de fer.

L'autopsie du membre montra que le caillot s'étendait jusqu'à la partie inférieure de l'anneau aponévrotique des muscles adducteurs.

La guérison fut obtenue sans complications; l'appétit se rétablit promptement et les forces du malade revinrent rapidement, et au bout de deux mois il quitta l'Hôtel-Dieu.

Il résulte évidemment des détails ci-dessus énoncés, que l'oblitération de l'artère crurale a été occasionnée par la compression exercée entre l'attelle interne de l'appareil et les deux fragments du fémur, croisés dans une étendue de 6 à 7 centimètres. En effet, le talon droit était bien moins maltraité au moment de l'accident que le talon gauche, et ce n'est que vers le quinzième jour après l'accident que la gangrène se déclara.

DISCUSSION.

Hygiène des Maternités.

M. TRÉLAT présente, au nom des membres de la Société qui ont pris part à la discussion, des conclusions rédigées par MM. Le Fort, Tarnier et Trélat. Elles résument les faits principaux de la discussion. **M. Danyau** ne pouvant assister à la séance, envoie par écrit, son adhésion pleine et entière aux conclusions formulées par ses collègues.

M. BLOT. Nos collègues n'ont pas donné la conclusion la plus logique et la plus importante. Demander la suppression des Maternités, dans la limite du possible, me paraît la conséquence obligée de tout ce que nous savons de leur mortalité. Il serait facile de n'en pas avoir dans les villes qui n'ont pas de population flottante. A Paris et dans les grandes villes, on pourrait beaucoup les réduire, en donnant une plus grande extension au service à domicile. Je demande à ce que l'expression de ce vœu soit ajoutée à vos conclusions.

M. TARNIER. J'avais présenté une conclusion qui aurait pu satisfaire **M. Blot**; elle a été rejetée parce que l'on a pensé devoir s'en tenir à la question d'hygiène en laissant de côté celle de l'accouchement à domicile.

M. TRÉLAT. J'ai plaidé dans le sens qu'indique **M. Tarnier**. Ne pas avoir de Maternités est actuellement impossible. Nous avions à nous occuper de leur hygiène et non des moyens d'assistance à donner aux classes pauvres pour les accouchements.

M. LE FORT. Il est évident que beaucoup des femmes qui viennent à l'hôpital pourraient accoucher chez elles. Mais, les relevés intéres-

sants faits par l'administration, montrent qu'un bon nombre sont réellement sans asile. Je crois cependant que la proposition de M. Blot doit être acceptée, car nous devons, au point de vue médical, désirer que le nombre des accouchements à l'hôpital soit diminué. Il y a plusieurs moyens d'y arriver ; j'avais pour ma part proposé, l'année dernière, à M. Husson, qui l'a mis en pratique, de faire accoucher les clientes de l'hôpital chez les sages-femmes de la ville. Il y a aussi à imiter ce qui se fait à Londres et à Berlin.

M. CHASSAIGNAC. Je me rattache complètement à l'avis de M. Blot. La Société de chirurgie doit dire franchement son opinion, et puisque les Maternités sont dangereuses pour les femmes qui y cherchent un asile, il faut demander leur suppression. Cela vaut mieux que de s'épuiser dans la recherche idéale d'un modèle de Maternité. Quand on évacue la maison d'accouchements les femmes trouvent cependant où faire leurs couches. On leur ouvre les hôpitaux ordinaires. Pourquoi ne pas les y disséminer dans tous les services, au lieu de les réunir dans des hôpitaux spéciaux dont les dangers sont évidents ? Il faut céder à la réalité et faire entendre qu'ici, plusieurs d'entre nous pensent que les Maternités sont un mal.

M. BOINET. Il suffirait de créer trois ou quatre lits dans chaque bureau de bienfaisance, pour répondre aux besoins de la population flottante.

M. TARNIER trouve la suppression absolue beaucoup trop radicale. Si telle est l'opinion de la Société, dit-il, nos conclusions sont inutiles.

La Société décide, à une forte majorité, que la première conclusion sera modifiée. On y exprimera le vœu de la diminution et de la suppression graduelle des Maternités.

DEUXIÈME CONCLUSION.

M. VELPEAU. Je vois dans cette conclusion un engagement pris par la Société sur un point de doctrine. La contagion de la fièvre puerpérale est douteuse pour beaucoup. Elle est acceptée avec réserves par ceux-là mêmes qui y croient. Je pense qu'il n'est pas nécessaire de voir figurer dans une conclusion que vous allez voter, un point de doctrine qu'une étude plus complète peut faire abandonner. Je ne me suis pas mêlé à la discussion, mais je crois devoir engager la Société à une grande réserve sur ce sujet.

M. LE FORT. Si l'on n'exprime pas le fait de la contagion, il n'y a aucune conclusion possible.

M. CHASSAIGNAC. Je crois que nous devons donner les motifs scientifiques de nos conclusions, cela dût-il engager nos opinions.

M. VELPEAU. Mes collègues m'accorderont bien que je ne suis pas suspect d'antagonisme sur la question de la contagion. J'ai professé toute ma vie que des maladies que personne ne considérerait comme contagieuses, peuvent l'être dans certaines circonstances. Il peut en être ainsi pour la fièvre puerpérale. Mais c'est une chose grave, que d'affirmer semblable fait par un vote ; de déclarer contagieuse une maladie qui ne l'est qu'accidentellement. Je ne vois pas d'ailleurs la nécessité d'une semblable déclaration.

M. BLOT. J'appuie très-vivement les réflexions de notre maître M. Velpeau. Je trouve une semblable conclusion très-prématurée. La question de la contagion a été nettement posée à l'attention de tous, depuis fort longtemps en particulier par la discussion de l'Académie. Personne n'est venu apporter des faits nouveaux ; en a-t-on donné d'irrécusables dans cette discussion ? Je trouve comme M. Velpeau qu'une Société ne saurait s'engager sur une question aussi peu établie.

M. GUYON. Je n'ai pu défendre cette opinion devant mes trois collègues puisque je n'assistais pas à leur réunion. Mais je l'ai formulée dans des conclusions remises à M. Trélat. Mes raisons sont celles qu'ont données MM. Velpeau et Blot, je les ai longuement exposées dans ma communication, je me garderai bien de les reproduire, mais je suis heureux de les voir appuyées.

M. LE FORT. Je suis, je le répète, d'un avis absolument opposé. Je crois que la contagion est le fait essentiel à considérer, que c'est par lui que s'explique la propagation de la fièvre puerpérale ; je ne saurais donc trop défendre la rédaction de nos conclusions.

M. TRÉLAT. Nous partageons à un degré plus ou moins grand la croyance à la contagion de la fièvre puerpérale. Nous ne pouvions dire autre chose que ce que nous pensions, sous peine de passer pour n'avoir pas d'opinion.

M. BLOT propose une nouvelle rédaction de la deuxième conclusion ; elle est repoussée par dix voix contre huit.

La troisième, la quatrième, la cinquième et la sixième conclusion sont adoptées sans discussion.

SEPTIÈME CONCLUSION.

M. VERNEUIL. Il ne faut demander que des choses possibles. Vous ne pouvez vous flatter d'obtenir que le médecin puisse, de son autorité privée, faire évacuer une salle. Ne sommes-nous pas d'ailleurs, maîtres dans nos services ? Je puis l'affirmer pour ma part. Exprimez un désir et il est probable qu'il sera entendu.

M. CHASSAIGNAC. Il y a une foule de points sur lesquels l'admi-

nistration a fait les plus grandes concessions. Pourquoi ne pas demander ce que l'on est peut-être disposé à nous accorder ?

M. LE FORT. Nous présentons des conclusions pour les Maternités et non pour les services généraux. Il y a pour les salles d'accouchées des conditions toutes particulières qui obligent à réclamer des mesures exceptionnelles. Nos préoccupations sont d'ailleurs purement scientifiques.

M. TRÉLAT. Il suffit de relire notre conclusion pour voir qu'elle ne s'éloigne pas du sens que vous désirez lui donner; il est donc facile de s'entendre.

Plusieurs membres demandent la parole; le vote étant réclamé, on y procède. La conclusion sera modifiée selon le vœu de la majorité, en y ajoutant : « il serait à désirer. »

Les huitième et neuvième conclusions sont adoptées sans discussion.

— **M. LE PRÉSIDENT** prononce la clôture de la discussion sur l'hygiène des Maternités.

Les conclusions adoptées par la Société sont ainsi conçues :

CONCLUSIONS.

I. — La statistique démontre aujourd'hui cette vérité incontestable, que les maladies puerpérales sont beaucoup plus fréquentes, et la mortalité beaucoup plus élevée dans les Maternités et les services spéciaux d'accouchement que partout ailleurs.

La constance ou la reproduction des mêmes faits dans tous les établissements et dans tous les pays, prouve l'intervention d'une influence partout identique : l'hôpital.

Il est donc opportun de développer et d'étendre autant que possible le service gratuit des accouchements à domicile, pour pouvoir restreindre d'abord et supprimer par la suite le service des Maternités.

II. — A l'hôpital, le surcroît de la mortalité qui présente quelquefois une intensité exceptionnelle, désignée habituellement sous le nom d'épidémie, est dû à l'influence presque exclusive de deux éléments : l'imprégnation ou infection hospitalière et la contagiosité des maladies puerpérales.

Ces manifestations de l'influence hospitalière expliquent pourquoi des Maternités d'ailleurs bien situées et bien disposées, peuvent néanmoins être le théâtre de mortalités élevées et parfois extrêmes.

III. — Outre les conditions générales d'hygiène, applicables à tous les hôpitaux, et résumées dans les conclusions adoptées par la Société impériale de chirurgie (séance du 14 décembre 1864), la prophylaxie des maladies puerpérales et de la mortalité qui en résulte dans les

Maternités, doit reposer sur les mesures à prendre contre l'infection et la contagion.

IV. — Pour combattre l'infection, une constante et sévère propreté est indispensable. Après que ~~chacun~~ des lits d'une salle aura été occupé par une accouchée, cette salle sera soumise au repos, à une large aération et à une purification complète de tout le matériel, meubles et immeubles, purification dont le lavage fera la base.

V. — Pour lutter contre la contagion toujours possible et toujours imminente dans les hôpitaux, il faut sinon des chambres séparées pour chaque accouchée saine, au moins des salles bien disposées pour l'aération, sans communication directe les unes avec les autres, et contenant quatre lits au plus.

VI. — Toute accouchée malade devra être immédiatement séparée des accouchées saines, et transportée dans une infirmerie qui occupera un bâtiment isolé. Cette infirmerie, composée de chambres séparées, destinées à une seule malade, sera desservie par un personnel distinct de celui de la Maternité.

VII. — Si, malgré les précautions prises, l'infection hospitalière et la contagion menacent d'étendre leurs ravages sur une Maternité, il faut l'évacuer au plus vite, et soumettre tout l'établissement à un assainissement général. Les menaces d'invasion ne pouvant être appréciées que par les médecins, et l'évacuation devant être opérée à court délai pour être efficace (c'est-à-dire pour limiter le nombre des décès), il serait à désirer que l'application de cette mesure rentrât dans les attributions médicales.

VIII. — Dans les villes où les Maternités ne peuvent pas encore être supprimées, celles-ci doivent, pour réaliser toutes les conditions d'aménagement et d'organisation indiquées, être de petits établissements ; exposées d'ailleurs à des évacuations plus ou moins fréquentes, elles doivent être suffisamment nombreuses pour assurer le service des secours.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 23 MAI 1866.

Présidence de M. GIRALDES.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine ;

Les *Annales de la Société de médecine de Saint-Étienne et de la Loire* ;

Le *Bulletin de la Société de médecine pratique*.

→ M. le professeur Rizzoli, membre correspondant étranger, fait hommage, à la Société, d'une brochure intitulée : *Sur la claudication à la suite des fractures de la cuisse*.

— M. Clot-Bey dépose sur la bureau de la Société une série de mémoires sur divers sujets.

— M. Larnay présente, au nom de M. Bouchard, un travail intitulé : *Du tissu connectif*.

— M. Verneuil présente deux thèses, l'une de M. Raillard : *Étude sur quelques luxations de la cuisse, compliquées de fractures du fémur* ; l'autre de M. J. Dupont : *Des tumeurs de l'orbite, formées par du sang en communication avec la circulation veineuse intracrânienne*.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société que M. Clot-Bey, membre correspondant national, assiste à la séance.

A propos du procès-verbal :

Fièvre puerpérale. — Contagion et épidémies.

M. DEPAUL. Je n'assistais pas à la dernière séance ; la Société a voté des conclusions dont je désire ne pas prendre la responsabilité. Je crois tout d'abord que cela n'était pas nécessaire et j'aurais demandé que la Société ne fit pas de conclusions ; mais je tiens surtout à dire mon opinion sur deux points : la contagion et les épidémies dans les fièvres puerpérales.

Que chacun ait son opinion à ce sujet et la soutienne, rien de plus légitime, c'est ce qui a été fait pendant la discussion ; mais demander à une Société de se prononcer sur un point de science aussi discuté que celui de la contagion de la fièvre puerpérale, c'est, à mon avis, l'engager d'une manière fâcheuse. Cette doctrine, que vous af-

firmes aujourd'hui, pourrait bien être démentie plus tard. La Société n'ignore pas combien mon attention a toujours été éveillée sur ce sujet. Eh bien, je déclare que, présent à la séance, je n'aurais pas voté sur la contagion de la fièvre puerpérale.

Je tiens aussi à dire, bien que la Société ne se soit pas engagée sur ce point, que je ne saurais partager l'opinion de ceux de nos collègues qui ont nié les épidémies de fièvre puerpérale. Plus j'avance dans ma carrière, plus j'observe, et plus je suis convaincu du rôle important que joue l'influence épidémique dans le développement de la fièvre puerpérale.

VOTE POUR LA NOMINATION D'UN MEMBRE HONORAIRE.

La Société est appelée à voter sur la demande faite dans la dernière séance, par M. Danyau, membre fondateur.

Vingt et un membres sont présents. A l'unanimité, M. Danyau est nommé membre honoraire.

COMMUNICATIONS.

Ligature des artères avec les fils métalliques.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture du mémoire adressé sous ce titre, par M. Holmes, membre correspondant étranger.

Le mémoire de M. Holmes est renvoyé au comité de publication.

Accidents occasionnés par le chloroforme chez les enfants.

M. BOUVIER communique les observations suivantes, la première est extraite du *Journal clinique hebdomadaire de Berlin*, numéro dn 4 décembre 1855 :

Charles B..., âgé de quatre ans et trois mois, fut amené à la consultation publique de M. Hüter, à Berlin, le 18 novembre 1865. Il venait d'être affecté d'une anasarque scarlatineuse, dont il ne restait plus que des traces au bas des jambes.

Depuis quelques jours, l'excrétion de l'urine était rare, et l'on assurait même que l'enfant n'avait pas uriné depuis deux jours. Il était pâle et avait un air maladif. On le mit sur une chaise, afin de s'assurer de l'état de la vessie. Il fut constaté par la percussion que cet organe était distendu ; mais cet enfant s'agita tellement pendant l'exploration, quoiqu'elle ne fût pas douloureuse, qu'il fut impossible de le percuter exactement. M. Hüter pensa qu'à plus forte raison, le cathétérisme, qui paraissait nécessaire, provoquerait des mouvements désordonnés qui le rendraient impraticable ou dangereux. Il résolut.

donc, suivant la pratique usitée en pareil cas, de chloroformer le petit malade. Le chloroforme fut administré, suivant les règles et avec la prudence accoutumées, par le secrétaire de la clinique, exercé depuis des mois à son emploi. L'enfant cria beaucoup, comme cela arrive presque toujours à cet âge, pendant qu'on lui présentait le linge imbibé d'une petite quantité de chloroforme, et la narcose se montra assez promptement, effet ordinaire des grandes inspirations qui succèdent aux cris. M. Hüter prit alors l'enfant et le plaça sur la table d'opérations. Il y eut encore de l'agitation, et l'on dut tenir encore quelques instants au-devant de la face la compresse, qui ne contenait plus que des traces de chloroforme et qui n'en reçut pas de nouveau. Aussitôt que les mouvements cessèrent, on éloigna la compresse et on ne s'en servit plus à partir de ce moment. La quantité de chloroforme employée fut moindre, dit l'auteur, qu'il n'en faut généralement pour les enfants de cet âge, et elle n'était point comparable à celles qu'on emploie usuellement dans les opérations chirurgicales.

M. Hüter percuta l'abdomen avec le doigt, puis avec le plessimètre, reconnut que la vessie s'étendait jusqu'au milieu de l'espace compris entre l'ombilic et le pubis; il examina le pénis, trouva un phymosis et aperçut une gouttelette de pus dans l'ouverture étroite du prépuce. Tout en appelant l'attention des assistants sur ces circonstances, causes probables de la rétention d'urine, il se fit donner une sonde d'argent et l'introduisit lentement et sans trop de difficulté jusque dans la vessie. Il se passa tout au plus deux à trois minutes entre les dernières inhalations de chloroforme et le moment où la sonde fut introduite; et dans cet intervalle, pendant lequel le petit malade ne respirait que de l'air pur, la respiration et le pouls, qu'on surveillait attentivement, restèrent dans un état parfaitement normal. Mais, au moment où la sonde vient de pénétrer dans la vessie, l'aide chargé de veiller aux effets de l'anesthésie, avertit le chirurgien que l'enfant respire mal. M. H... voit les lèvres bleuir, les jugulaires se gonfler, la respiration se suspendre. Soulevant la tête d'une main, il enfonce le doigt indicateur de l'autre main jusqu'à travers l'isthme du gosier, tant pour prévenir le refoulement de la langue sur l'épiglotte que pour provoquer énergiquement l'inspiration en touchant la muqueuse du larynx.

Le pharynx reste immobile; le contact du doigt avec la face postérieure de l'épiglotte est suivi d'une profonde inspiration. Déjà le pouls ne battait plus, et plusieurs des assistants, s'en étant aperçus, s'étaient empressés d'appliquer sur la peau des éponges mouillées et d'arroser la face d'eau froide. Ne voyant pas une seconde inspiration succéder à la première, n'obtenant aucun effet de l'élévation des côtes alternant

avec la pression du ventre, l'auteur se décide à pratiquer la trachéotomie.

L'incision de la peau met à nu une veine que l'on ouvre avec intention, afin de dégorger le système veineux. Cette incision est suivie d'une nouvelle inspiration profonde. Après l'écoulement d'une à deux onces de sang, on ferme la veine avec une pince à conlisse et l'on découvre rapidement la trachée-artère et le cartilage cricoïde.

Une troisième inspiration a lieu pendant cette dissection; mais la poitrine restant de nouveau immobile, M. Hüter ouvre le conduit aérien à la hauteur du cartilage cricoïde et des premiers anneaux de la trachée. Il y introduit aussitôt une sonde de gomme élastique, aspire le peu de sang qui s'y est épanché, et se met en devoir de pratiquer la respiration artificielle. Il insufflait lui-même l'air par la sonde et l'expulsait par la compression de l'abdomen, en suivant le rythme de la respiration ordinaire. L'air insufflé, ressortant en partie par la bouche à cause de la paralysie de la glotte, le chirurgien comprime avec les doigts l'intervalle de l'os hyoïde et du cartilage cricoïde, et, dès ce moment, la poitrine se dilate distinctement à chaque insufflation. On continuait toujours les lotions froides, et on avait monté promptement un appareil électrique d'induction. A la respiration artificielle fut alors associée l'électrisation du diaphragme, que l'on pratiqua en plaçant un des électrodes sur les scapules, dans la région du nerf phrénique, et l'autre au-dessous du rebord des côtes. Mais déjà l'auteur avait acquis la conviction que la paralysie du cœur ne jouait pas un rôle moins important que celle des muscles inspireurs, et que la respiration artificielle ne pouvait réussir tant que la circulation resterait suspendue. Il confia donc la sonde à l'un des assistants, qui se chargea de continuer la respiration artificielle, et s'occupa lui-même de réveiller l'action du cœur. Les électrodes, appliquées sur la région du cœur, n'eurent, comme il s'y attendait, aucun effet. L'auscultation fit reconnaître la cessation des contractions cardiaques. M. Hüter se hâta de recourir au dernier moyen qui fût à sa disposition, à l'électro-puncture du cœur, quoiqu'il ne connût pas d'exemple de son emploi dans un cas semblable. Il enfonça une première aiguille, à la profondeur d'environ vingt-cinq millimètres, dans le quatrième espace intercostal, contre le bord gauche du sternum, et en introduisit une seconde plus près du mamelon et un peu plus bas que la première. Il pense, d'après de nombreuses expériences qu'il avait faites précédemment, avoir réussi à implanter l'une de ces aiguilles dans les parois du ventricule droit, et l'autre, soit dans le gauche, soit très-près de la cloison interventriculaire. Les deux électrodes furent mis en contact, un court instant, avec les aiguilles, et l'élec-

trisation fut ainsi répétée à des intervalles imitant le temps de repos du cœur. Un soulèvement régulier, assez étendu, de la tête des aiguilles montra que l'on obtenait des contractions ventriculaires ; mais la circulation ne se rétablit pas. L'auteur renonça dès lors à l'espoir de ranimer la vie, et fit cesser la respiration artificielle.

M. Hüter rend hommage à l'empressement et aux larmes de tous ceux qui l'ont assisté dans cette scène émouvante. Malgré l'insuccès de ses efforts, il ne croit pas qu'il procéderait autrement dans un cas semblable, si ce n'est qu'il aurait peut-être recours un peu plus tôt à l'électrisation directe du cœur, dont il ne se dissimule pas néanmoins les dangers ni l'effet incertain. Il se demande si de pareils malheurs doivent faire restreindre davantage l'emploi du chloroforme. Il ne le pense pas, malgré l'impression profonde qu'une catastrophe de ce genre laisse dans l'âme des assistants et surtout du chirurgien lui-même. Des faits isolés, si déplorables qu'ils soient, ne sauraient, suivant lui, modifier les grands principes de la science, appuyés sur des bases beaucoup plus larges. Il fait appel, à ce sujet, à la statistique et cite le relevé consigné par Sanson dans le *Medical Times*, pour 1863, et d'après lequel, sur deux millions de cas d'emploi du chloroforme, il y aurait cent cinquante cas connus de mort produite par cet agent, soit un mort sur quatorze mille chloroformisations. Aucun des cas malheureux ne se rapporte à un enfant de moins de cinq ans. Si ce relevé est complet, le fait de M. Hüter serait le premier qui appartiendrait à un âge aussi tendre.

M. Hüter distingue d'ailleurs, comme tout le monde, les cas où le chloroforme n'a pas causé la mort survenue pendant son action, ou ne l'a causée qu'indirectement, par exemple par l'écoulement du sang dans la glotte anesthésiée, et ceux où cette substance a été mortelle par elle-même. Il n'hésite pas à ranger dans cette dernière catégorie le fait qu'il rapporte, malgré la petite quantité de chloroforme inhalée. Il ajoute que ce chloroforme a été examiné, après l'événement, par des hommes très-compétents, qui l'ont trouvé parfaitement pur.

La nécropsie n'est pas jointe à cette observation, parce qu'elle a été faite judiciairement, et que l'auteur n'en connaissait pas encore les détails. (*Berliner, Klinische Wochenschr.*, 4 décembre 1865.)

M. H. Friedberg, de Berlin, a publié dans les archives de Virchow (t. XVI), l'observation ci-après, ayant pour titre : *Asphyxie par le chloroforme ; respiration artificielle par la faradisation du diaphragme et la compression méthodique de l'abdomen ; résuccès.*

Otto Krause, de Berlin, âgé de quatre ans, fut reçu à la clinique de M. Friedberg, le 7 mai 1868, pour une petite tumeur enkystée

de la paupière inférieure gauche. Cette affection n'ayant pas cédé à l'emploi des topiques résolutifs, on se décida à enlever la tumeur le 15 mai. L'enfant fut chloroformé au moyen d'une compresse portant une éponge, sur laquelle on avait versé au plus une drachme (quatre grammes) de chloroforme. Pendant l'inhalation, l'auteur se tourna un moment du côté du chirurgien chargé de faire l'opération, pour lui donner encore quelques instructions. Deux minutes à peine s'étaient écoulées, lorsqu'en se retournant M. Friedberg vit tout à coup la face changer d'expression. Le pouls devint en même temps très-petit, et après une seule inspiration courte et bruyante, la respiration fut suspendue. La face était livide, l'œil immobile, la pointe de la langue appliquée contre les arcades dentaires; les dents étaient serrées, les membres dans le relâchement. On souleva l'enfant, on ouvrit les croisées, on arrosa d'eau froide la face et la poitrine, on plaça de l'ammoniaque sous les narines. M. Friedberg porta une petite éponge jusque sur le larynx, afin d'enlever les mucosités, mais surtout dans l'intention d'exciter la muqueuse et de provoquer la toux. En même temps on s'efforçait de déterminer des mouvements d'inspiration en frictionnant la poitrine, en la frappant avec une compresse mouillée. Mais, au bout de deux ou trois minutes, un nouveau changement s'opéra. Le pouls disparaît entièrement, la face pâlit, les traits sont ceux d'un cadavre, la mâchoire inférieure est pendante. En écartant les paupières, on voit la pupille dilatée; les paupières restent entr'ouvertes. L'auteur a recours à la compression méthodique du ventre, comme moyen de respiration artificielle. Pendant qu'un aide appuie à plat les deux mains sur le bas-ventre, au-dessous de l'ombilic, pour empêcher les viscères de se porter en bas, M. Friedberg presse fortement avec ses deux mains sur le haut de l'abdomen, de manière à refouler le diaphragme subitement et avec force, et à le faire remonter le plus haut possible. La pression est ensuite suspendue, puis on la recommence et l'on continue cette manœuvre, suivant le rythme de la respiration naturelle, pendant environ trois minutes. On n'en obtient aucun effet. Le diaphragme reste inerte. On prend le parti de faradiser ce muscle. Un des excitateurs est appliqué sur le nerf phrénique, au cou, l'autre vis-à-vis du septième espace intercostal, tantôt à droite, tantôt à gauche. Chaque électrisation avait la durée d'une profonde inspiration. Le courant avait été interrompu et refermé dix fois, lorsque l'on vit la région épigastrique se soulever, d'abord seulement du côté qu'on électrisait, puis toute cette région obéit à la contraction du diaphragme, qui s'accompagnait d'un léger hoquet. On cessa la faradisation, et une faible inspiration eut lieu, bientôt suivie d'une seconde et d'une troisième. A

celle-ci succédèrent une coloration subite et passagère de la face et le retour du pouls. Puis la respiration et les contractions du cœur s'affaiblirent de nouveau et menaçaient de se suspendre une seconde fois. On reprit les pressions méthodiques de l'abdomen, qui suffirent alors pour entretenir la respiration. Leur interruption, au bout de dix minutes, fut suivie d'un nouvel affaiblissement des mouvements respiratoires et du pouls. Il fallut y revenir et on les continua, ainsi que les frictions sur les membres, les lotions froides à la face et sur la poitrine, les inspirations du gaz ammoniac, jusqu'à ce que la respiration et le pouls fussent tout à fait revenus à l'état normal, ce qui n'arriva que vingt minutes après le début des symptômes d'asphyxie. La sensibilité, la connaissance se rétablirent en partie au même moment, et l'on put procéder à l'extirpation du kyste, sans que cet accident ait eu d'autre suite.

DISCUSSION.

M. BOINET. Je remarque que dans les cas analysés par M. Bouvier, on n'a pas employé, pour remédier aux accidents causés par le chloroforme, les moyens qui donnent le plus souvent de bons résultats. Dans un cas de ma pratique, il y eut mort apparente pendant sept ou huit minutes, et l'insufflation bouche à bouche donna les meilleurs résultats. Chez l'un des enfants cités par M. Bouvier, on aurait dû faire l'insufflation bouche à bouche au lieu de pratiquer la trachéotomie.

M. PERRIN. Je ne veux pas prendre la parole sur les moyens propres à remédier en général aux accidents du chloroforme, mais je tiens à dire que, chez les enfants, l'emploi du chloroforme entraîne moins de danger qu'aux autres âges; aussi les deux cas cités par M. Bouvier ne doivent pas trop jeter la terreur dans les esprits.

M. DEMARQUAY. Le mot asphyxie revient souvent dans la communication de M. Bouvier; eh bien, pour mon compte, je ne crois pas que dans ce genre de mort on ait affaire à une asphyxie, il s'agit bien plutôt d'une espèce de sidération du système nerveux; aussi je ne comprends pas l'emploi de la trachéotomie ni celui de l'électricité. Je pense qu'il faut faire la respiration artificielle de bouche à bouche, et favoriser la sortie de l'acide carbonique qui est accumulé en trop grande quantité.

M. CHASSAIGNAC. La communication de M. Bouvier pourrait jeter de la défaveur sur la chloroformisation chez les enfants, et ce serait là une chose regrettable; aussi devons-nous rechercher avec soin les conditions au milieu desquelles la mort est survenue. Or le premier enfant venait d'avoir une scarlatine, il existait chez lui de l'œdème;

ce sont là évidemment des conditions anormales. Dans le même cas, l'enfant était d'abord assis, puis on l'a couché, pourquoi cette substitution d'une position à une autre, pendant la durée de la chloroformisation, pourquoi l'emploi de la première position, qui est très-mauvaise ?

Les accidents survenus, pour y remédier on a soulevé la tête d'une main, afin d'introduire le doigt dans le pharynx. C'est là une pratique fâcheuse ; il eût été préférable d'abaisser la tête et l'on eût pu introduire le doigt tout aussi bien dans le pharynx.

Dans le second fait, on a noté que pendant quelques instants, une minute environ, l'attention de celui qui donnait le chloroforme avait été distraite. Eh bien, une demi-minute d'inattention suffit pour laisser se développer les accidents les plus graves.

M. Chassaignac n'aime pas l'insufflation bouche à bouche, parce que, dans cette manœuvre, on introduit une certaine quantité d'air dans l'estomac et l'on distend ce viscère.

M. Chassaignac n'ajoute pas foi aux bons résultats que l'on attribue à l'emploi de l'électricité.

M. BOUVIER. Je n'ai pas présenté l'analyse de ces faits pour jeter de la défaveur sur l'emploi du chloroforme chez les enfants ; j'ai voulu seulement faire connaître des faits heureusement rares et intéressants pour la pratique.

M. FERRIN. Je pense qu'il n'y a que la respiration artificielle qui puisse permettre de sauver un malade en danger de mort, à la suite de la chloroformisation.

La faradisation des nerfs phréniques entretient facilement les mouvements respiratoires chez un animal en état de mort apparente ; mais pour obtenir ce résultat, il faut employer des courants intermittents et non pas des courants continus, comme le faisait M. Jobert.

L'insufflation bouche à bouche est un mauvais procédé, quoi qu'en dise M. Boinet. On pourrait insuffler avec un soufflet, mais, comme l'a dit M. Chassaignac, on distend l'estomac et les intestins. Tout cela est facile à constater expérimentalement sur les animaux. L'insufflation avec la canule laryngienne, que le spéculum de M. Labordette peut aider à introduire, est bien préférable.

Je n'ai jamais vu un seul inconvénient résulter de l'insufflation laryngienne, et je pense que tout opérateur donnant le chloroforme, devrait toujours avoir sous la main un tube propre à permettre de pratiquer l'insufflation laryngienne.

Pour moi, voici comment je comprends le traitement le plus rapide et le plus rationnel des accidents graves du chloroforme : 1° placer la tête dans une position déclive ; 2° faire exercer des pressions rythmi-

ques sur la base de la poitrine, pendant que l'on introduit le tube laryngien; 3° si quelque obstacle invincible s'oppose à son introduction par les voies naturelles, pratiquer la trachéotomie.

M. DEMARQUAY. J'ajoute peu de foi aux résultats donnés par l'électricité, et je crois que celle-ci ne peut pas agir, parce qu'il n'existe plus de sensibilité chez les malades. Je me rangerais volontiers à l'opinion de M. Perrin; malheureusement nous n'avons pas toujours à notre disposition tout ce qu'il faudrait pour agir.

M. PERRIN. L'électricité, employée comme excitant général, ne donne certainement pas de résultats; mais ce n'est pas ainsi qu'on l'emploie, mais bien comme un mode de respiration artificielle.

M. GIRALDÈS partage l'opinion de M. Perrin. M. Demarquay avait dit qu'avant de mourir, les malades atteints par les accidents du chloroforme présentaient un stertor très-prononcé; M. Giralès nie ce fait.

M. LÉON LABBÉ. J'accepte l'opinion, qui veut accorder la plus grande importance à la respiration artificielle, et sans vouloir diminuer la valeur de l'insufflation laryngienne, je pense que l'on peut obtenir les meilleurs résultats par l'emploi des pressions alternatives et rythmiques sur la base de la poitrine. Dans de nombreuses expériences, j'ai vu M. Gosselin rappeler à la vie, par ce moyen, des animaux qui étaient dans l'état de mort apparente le plus complet. J'ai réussi moi-même à rappeler à la vie deux malades dont la mort paraissait évidente. Je pense qu'il est bon de combiner l'élévation forcée des bras, moyen indiqué déjà depuis longtemps, avec les pressions rythmiques sur les parois de la poitrine.

M. DEMARQUAY. Quoi qu'en dise M. Giralès, la respiration stertoreuse est très-marquée chez les animaux, avant la mort par le chloroforme.

M. PERRIN. Nous sommes tous d'accord sur l'utilité de la respiration artificielle, mais il ne faut pas comparer les résultats obtenus par les pressions thoraciques avec la quantité d'air que l'on introduit dans l'insufflation laryngienne.

M. LE FORT est très-partisan de l'électricité, et il place ce moyen au-dessus de l'insufflation pulmonaire.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 30 MAI 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

Le Bulletin de la Société de médecine d'Angers.

— M. le doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg adresse la série des thèses soutenues pendant l'année 1865.

— M. LARREY fait hommage à la Société d'un certain nombre de brochures chirurgicales.

— M. DESPRÉS présente la 2^e partie du 1^{er} volume du *Dictionnaire de thérapeutique médicale et chirurgicale* qu'il publie en collaboration avec M. Bouchut.

— M. VELPEAU présente, de la part de M. Ciniselli, une brochure contenant le résumé de ses observations sur la galvanocaustique.

— M. DEMARQUAY remet, pour le prix Duval, deux exemplaires de la thèse de M. Dodeuil, intitulée : *Recherches sur l'altération sénile de la prostate.*

A propos de la correspondance :

Lipôme sous-aponévrotique de la paume de la main.

M. BOINET. Vous vous rappelez sans doute la malade que j'ai eu l'honneur de vous présenter à notre dernière séance; elle est âgée de cinquante-trois ans, et portait dans la paume de la main droite une tumeur à plusieurs lobes, dont le plus gros, du volume d'un œuf de poule, était placé entre le pouce et l'indicateur de la main droite, et les autres, au nombre de cinq, correspondaient l'une à l'éminence hypothénar et les autres à chaque articulation métacarpo-phalangienne. Son début remontait à sept ou huit ans. Toutes ces tumeurs semblaient si bien correspondre entre elles que, lorsqu'on appuyait sur l'une d'elles, les autres devenaient plus saillantes et plus tendues, et elles offraient de tels caractères qu'à la palpation tous ceux qui ont examiné la malade ont déclaré qu'il y avait une fluctuation très-évidente et ont conclu que la maladie était un kyste synovial crépitant. Ce qui entraînait encore vers ce diagnostic, c'est que l'un des lobes

le plus petit, celui qui siégeait au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du petit doigt, laissait entendre sous la pression une crépitation très-sensible et très-nette, la crépitation qu'on rencontre ordinairement dans les tumeurs synoviales qui renferment de petits corps hydatiformes. J'ai opéré ce prétendu kyste synovial et j'ai trouvé le lipôme que j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux. Par une incision faite sur le lobe le plus volumineux, j'ai pu extraire la partie la plus volumineuse de ce lipôme et tous les autres lobes qui en dépendaient et qui s'étaient dans la paume de la main, dans tous les points que j'ai indiqués.

Cette tumeur était tellement molle, tellement élastique et facile à déprimer, que la pression sur l'un des lobes tendait et rendait plus saillants tous les autres lobes, de telle sorte qu'on croyait au déplacement d'un liquide ; aussi la fluctuation n'a paru douteuse pour personne ; de plus la crépitation si nette, si évidente que l'on constatait dans l'un des lobes était encore une raison pour contribuer à l'erreur de diagnostic qui a été faite. Ce fait doit donc servir à démontrer une fois de plus qu'il est facile de croire à une fluctuation qui n'existe pas, et que la crépitation qui appartient habituellement à certains kystes synoviaux peut aussi se rencontrer dans certains lipômes.

MM. CHASSAIGNAC et LARREY rappellent que les exemples de semblables erreurs ne sont pas rares, et que les bulletins de la Société en ont enregistré plusieurs, entre autres ceux qu'a fournis Marjolin père.

M. TRÉLAT. Ce qu'il y a de remarquable dans le cas actuel, c'est l'unanimité de l'erreur. Tous les membres de la Société qui ont examiné la malade dans la dernière séance n'ont pas douté qu'il ne s'agît d'une hydropisie des gaines des tendons.

A propos du procès-verbal :

Chloroformisation chez les enfants.

M. MARJOLIN. Les statistiques d'accidents occasionnés par le chloroforme sont très-inexactes, parce que chacun n'a pas eu le courage d'avouer ses malheurs. Quoi qu'il en soit, la possibilité des accidents étant établie chez les enfants, je crois qu'il faut, avant tout, que l'emploi des anesthésiques soit bien justifié, lorsque nous nous en servons chez nos petits malades. Je trouve, pour ma part, que l'on a tendance à en abuser pour favoriser des manœuvres qu'un peu de patience rendrait praticables, ou pour faire de petites opérations fort peu douloureuses.

Dans le fait dont nous a entretenus M. Bouvier, il s'agissait de son-

der un enfant qui présentait une ouverture étroite du prépuce. Sans doute c'est une petite difficulté, mais elle se présente chez un bien grand nombre d'enfants. Faut-il donc soumettre au chloroforme les enfants auxquels on veut pratiquer le cathétérisme? Je ne saurais accepter une semblable pratique. Alors même qu'une infiltration vient allonger le prépuce, rendre son ouverture plus étroite, l'éloigner du méat urinaire, on arrive à faire l'opération en y mettant le temps et la patience nécessaires. Il n'y a rien de douloureux dans ces manœuvres; aussi je ne crois pas qu'elles nécessitent l'emploi des anesthésiques.

MM. LE FORT et PERRIN demandent la parole sur la question du chloroforme.

M. LE PRÉSIDENT fait observer que, si des discussions importantes peuvent ainsi s'engager à propos du procès-verbal, l'ordre du jour des séances ne pourra plus être suivi.

Après des observations présentées par **MM. Le Fort, Perrin, Legouest et Larrey**, la Société décide, sur la proposition de **M. Larrey**, qu'une discussion sur les *accidents du chloroforme* sera inscrite à l'ordre du jour d'une des prochaines séances.

Si l'on applique cette mesure à propos de tous les faits qui éveillent l'attention de quelques membres de la Société, dit **M. Larrey**, on tiendra toujours en réserve des questions importantes. La Société les discutera à tour de rôle, et avec d'autant plus de profit que chacun aura été averti.

COMMUNICATION.

Nouvelles recherches sur l'étiologie des luxations congénitales de la hanche.

M. VERNEUIL. Je viens porter devant vous une question qui, après avoir jadis excité de vifs débats et provoqué d'importants travaux, semble aujourd'hui presque abandonnée; je veux parler des *luxations dites congénitales du fémur*. Mon intention n'est pas de reprendre leur histoire entière; il y a là des chapitres qui sont faits et bien faits, et des notions définitivement acquises que j'utiliserai sans chercher à les démontrer de nouveau. Je concentrerai mes efforts sur une partie qui me paraît obscure encore, c'est-à-dire sur l'étiologie. Après la localisation d'un mal, la connaissance exacte de la cause est à coup sûr l'élément le plus indispensable pour atteindre le but que nous avons tous en vue, la guérison. Or j'espère démontrer que l'infériorité de la thérapeutique, sur ce point, tient en grande partie aux idées erronées qui ont régné et règnent encore sur l'origine et le mécanisme de ce genre de déplacement. Si je remplis mon programme, j'aurai, par le

fait, modifié le pronostic et ouvert au traitement une voie nouvelle et plus féconde.

Il faut bien le reconnaître, nous nous déchargeons du soin de ces malades sur les orthopédistes et les mécaniciens, sans y regarder attentivement. Si, appliquée à toute la compagnie, cette assertion paraissait irrespectueuse ou inexacte, je me contenterai de l'appliquer à ma propre personne. Quoique diverses présentations vous aient été faites à de longs intervalles, les luxations congénitales du fémur n'ont jamais été à l'ordre du jour de vos travaux. Si j'en excepte notre éminent collègue M. Bouvier, aucun de nous, à ma connaissance, n'a creusé le sujet, ni publié des recherches particulières. S'il en résulte quelques inconvénients, en revanche nous aurons l'avantage de ne point nous heurter contre des opinions préconçues et des théories inflexibles, exclusives et prétentieuses, voulant tout expliquer par des *a priori* transcendants, et ne daignant pas descendre à la modeste observation.

Je commencerai par exposer les faits qui ont attiré mon attention. Depuis quelque temps, j'ai vu beaucoup d'affections de la hanche; la plupart se rapportaient à la coxalgie, d'autres à l'arthrite sèche, quelques-unes à la sacro-coxalgie, à des altérations de l'os iliaque et même du rachis. Deux fois j'ai observé la contracture isolée des adducteurs, affection bizarre, peu connue, et dont je vous entretiendrai quelque jour. J'ai insisté après Brodie, Robert et d'autres, sur ces contractures péri-articulaires auxquelles pour la brièveté du langage j'ai laissé le titre très-discuté de coxalgie hystérique. Enfin, dans le cours de l'année 1864, j'ai vu un cas nouveau pour moi, et que je vais relater brièvement.

Un petit garçon du département des Ardennes, âgé de huit ans, maigre, de chétive constitution, était affecté depuis deux ou trois ans, au dire des parents, d'une claudication du membre gauche. L'enfant boitait faiblement, il se dandinait plutôt et oscillait de droite à gauche; cela ne l'empêchait point d'être très-lesté, très-agile et très-enclin aux jeux de son âge; seulement, de temps à autre, le membre gauche fléchissait soudainement et l'enfant tombait sur le côté. Depuis quelques mois, ces chutes devenaient de plus en plus fréquentes, et quoiqu'elles n'aient encore causé aucun accident et ne soient accompagnées d'aucune douleur, elles inquiétaient les parents. L'examen fut fait avec le plus grand soin avec le concours de M. le docteur Duval, dans l'établissement duquel le petit malade avait été placé.

Dans la station debout, comme dans le décubitus dorsal, les membres avaient exactement la même longueur, et ne présentaient aucune déviation notable. Tous les mouvements passifs s'exécutaient dans les

limites les plus étendues, sans provoquer ni douleur ni contracture. Toute idée de coxalgie ou de lésion inflammatoire aiguë ou chronique de la hanche fut donc rejetée.

Les seules particularités notables, surtout dans la station verticale, étaient un aplatissement, un amaigrissement considérable des parties molles de la hanche gauche, et conséquemment une saillie prononcée du grand trochanter, saillie qu'exagérait encore un léger degré d'adduction et de rotation en dedans.

L'attention concentrée de ce côté fit aisément reconnaître une atrophie manifeste des muscles fessiers, qui étaient mous, aplatis et singulièrement amincis ; interrogés par l'électricité, ils répondaient lentement et faiblement à l'excitation, tandis qu'à droite ils réagissaient vivement et par leur contraction donnaient à la fesse la proéminence accoutumée. Je posai donc le diagnostic suivant : *atrophie des muscles fessiers, ayant pour conséquence la faiblesse du membre, le défaut de solidité de l'articulation et les chutes fréquentes*. Pour appuyer cette manière de voir, j'instituai quelques expériences qui la confirmèrent encore. Les mouvements volontaires d'extension et d'adduction de la cuisse sur le bassin préalablement fixé étaient faibles du côté gauche. L'enfant avait quelque peine à se maintenir en équilibre sur ce seul membre et à se relever verticalement quand la cuisse et la jambe étaient fléchies.

Je constatai de plus le relâchement de la capsule articulaire. En effet, lorsque, le sujet étant couché sur la hanche saine, je portais la cuisse malade dans la flexion forcée, avec adduction et rotation en dedans, et qu'en même temps je la poussais en arrière, il était facile de faire saillir le grand trochanter et, derrière lui, la tête fémorale qu'on sentait sans difficulté à travers la peau et la couche amincie des muscles fessiers. Avec ce diagnostic les indications paraissaient formelles. Nous instituâmes donc le traitement suivant : 1° électrisation quotidienne des muscles fessiers ; 2° affusions froides générales et douches en jet vigoureux sur le bassin, et spécialement sur la fesse gauche ; 3° traitement tonique.

L'exercice modéré était permis ; l'enfant toutefois devait marcher avec précaution et ne point courir pour éviter les chutes ; une ceinture, gênant la flexion et immobilisant jusqu'à un certain point la cuisse sur le bassin, devait être portée par précaution, mais on n'en fit point usage. Sous l'influence de ces moyens, l'amélioration fut manifeste : au bout de deux mois, la marche avait repris de l'assurance et la claudication à gauche avait disparu ; les chutes, devenant de jour en jour moins fréquentes, avaient fini par cesser.

La région fessière du côté malade, sans avoir recupéré complète-

ment sa forme et son volume, avait cependant plus de fermeté et de saillie. Les parents, très-satisfaits du résultat, remmenèrent l'enfant, dont je n'ai plus entendu parler.

En résumé, dans ce premier cas, deux choses surtout m'avaient frappé : la claudication d'une part, et de l'autre l'affaiblissement, l'atrophie des muscles fessiers; en attaquant directement la lésion, j'avais remédié aux symptômes. Je pris note de ce fait comme d'une curiosité, la paralysie isolée des fessiers n'ayant pas eu encore les honneurs de la description.

Quelques semaines à peine s'écoulèrent, et j'eus l'occasion de retrouver des lésions identiques, mais à un degré bien plus prononcé.

Je vis aux environs de Paris, avec mon ami M. le docteur Recullez une enfant de cinq ans, d'une faible constitution et qu'on avait élevée à grand'peine; elle avait marché tard et toujours mal; elle boitait du côté gauche et tombait très-souvent. Un premier médecin consulté n'avait rien trouvé d'anomal, un second avait soupçonné une coxalgie.

Voici ce que je trouvai à mon tour : d'abord nulle trace de coxalgie, tous les mouvements entièrement libres et très-étendus, aucune douleur dans la hanche; tout le membre est atrophié à un degré notable, il est plus court et ne touche le sol que grâce à l'abaissement du bassin de son côté; l'amaigrissement porte surtout sur la région de la hanche et sur la fesse; je retrouve ici la saillie du grand trochanter qui proémine en raison de la disparition des masses musculaires qui l'entourent. En couchant l'enfant sur la hanche saine et en portant la cuisse gauche dans la flexion avec adduction et rotation en dedans, je fais saillir la tête sous les parties molles amincies et si, dans cette attitude, je pousse le fémur en arrière, en pressant sur le genou, la tête sort évidemment de la cavité cotyloïde; en ramenant la cuisse à la rectitude, la déformation disparaît, et la réduction se fait en s'accompagnant d'un léger bruit, ou tout au moins d'une sensation de ressaut nettement perceptible. Cette manœuvre n'étant point douloureuse, je la répète plusieurs fois de suite et la fais répéter à M. Recullez, à qui j'expose la théorie et le mécanisme de l'affection que nous avons sous les yeux, affection qui nous rend si bien compte de la claudication, de la débilité du membre et des chutes réitérées, et qui, sauf la gravité plus grande, offre la reproduction fidèle des symptômes observés chez le petit garçon des Ardennes.

Ici toutefois, les désordres étaient plus étendus : tout le membre était intéressé, car l'atrophie portait à la fois sur les parties molles et sur les os; mais aussi le mal était beaucoup plus ancien.

Influencé sans doute par la lecture récente de l'excellent travail de M. le docteur Laborde sur la paralysie de l'enfance (Paris, 1864),

je n'hésitai point à reconnaître, dans le dernier fait, un exemple de cette affection. Je portai donc le diagnostic suivant : *Paralysie incomplète du membre inférieur gauche, avec atrophie de toutes ses parties constituantes ; affaiblissement musculaire portant surtout sur le groupe pelvi-trochantérien ; relâchement consécutif des moyens d'union de l'articulation coxo-fémorale.*

En conséquence, je prescrivis un traitement local, consistant en douches froides, frictions et massage, électrisation des muscles affaiblis ; de plus, la tête sortant dans certaines attitudes et se réduisant dans l'attitude opposée, je conseillai un appareil empêchant absolument la flexion de la hanche et qui, par le fait, devait prévenir les chutes et atténuer la claudication.

Le docteur Recullez, qui avait admis ma manière de voir, se chargea de diriger l'emploi de ces moyens. Mais, sur ces entrefaites, une parente sceptique et mal convaincue par mes arguments voulut faire voir l'enfant à un prince de la chirurgie parisienne, lequel prince, sans doute, ne vit pas les mêmes choses que moi, de même que j'avais vu différemment que mes prédécesseurs. Il n'adopta pas ma manière de voir et ordonna simplement un traitement tonique qui déjà depuis bien longtemps était en usage.

M. Recullez, qui n'avait point été mis au courant de cette nouvelle intervention, en fut justement blessé et laissa faire, sans s'en mêler davantage. Il m'a appris seulement que l'enfant était toujours dans l'état où nous l'avions trouvé.

Jusqu'ici, je dois l'avouer, je n'avais point encore songé à la luxation congénitale, ni à ses relations avec les symptômes précédemment observés et décrits. Dans le premier cas, la tête du fémur était appréciable sous la peau ; dans le second, elle s'écartait du cotyle, mais enfin il n'y avait pas de luxation véritable, dans le sens que du moins on accorde à ce mot, c'est-à-dire qu'il n'y avait point *déplacement permanent* du fémur. Un nouveau fait vint m'ouvrir les yeux et me faire saisir le rapport jusque-là méconnu.

Un jeune garçon de onze ans, venu de Hollande, me fut conduit par ses parents. Né sain et bien conformé, il était arrivé jusqu'à l'âge de trois ou quatre ans sans accidents notables ; à cet âge il avait été, paraît-il, pris de maladie aiguë avec convulsions. Après la guérison s'étaient montrés, en plusieurs régions du corps, des symptômes de paralysie musculaire, dont les traces sont aujourd'hui bien manifestes encore.

Les membres supérieurs ne sont point tout à fait indemnes, mais c'est aux inférieurs qu'existent les atteintes les plus nombreuses et les plus graves. Il y a d'abord un double varus-équín, puis à droite

une atrophie du triceps crural, enfin à gauche une déformation plus complexe.

La cuisse abandonnée à elle-même dans le décubitus dorsal, ou lorsqu'on suspend l'enfant par les aisselles, se fléchit sur le bassin et se porte dans l'adduction et la rotation en dedans, le grand trochanter devient saillant, le pli inguinal plus profond; la fesse est extrêmement aplatie et presque vide de parties molles; le reste de la cuisse ne présente rien de particulier, sauf, à la partie interne, une saillie notable formée par les adducteurs. Cette attitude, au reste, n'est ni permanente ni volontaire; elle semble résulter de l'action spontanée des adducteurs et du psoas auxquels les fessiers ne font plus équilibre, mais elle n'est maintenue par aucune contracture: rien ne s'oppose, en effet, à ce qu'on porte le membre dans toutes les positions même les plus extrêmes. Aussi eus-je l'occasion de constater encore une fois l'effet de l'atrophie des fessiers sur la solidité de l'articulation coxo-fémorale. Comme dans l'observation précédente, la flexion forcée, combinée à l'adduction et à la rotation en dedans, faisait saillir fortement la tête fémorale qui semblait alors flotter entre l'os iliaque et la peau.

En revanche, les mouvements volontaires étaient ou nuls ou extrêmement faibles. Tous ces désordres, réunis dans l'appareil musculaire des membres inférieurs, les rendaient tout à fait impropres à la station et à la marche. Aussi ces fonctions ne s'exécutaient que très-imparfaitement et à l'aide de béquilles d'abord, puis d'un double appareil mécanique entourant le bassin en haut, et maintenant en bas les deux pieds varus-équins.

M. Ferdinand Martin, qui depuis longtemps donnait ses soins à l'enfant, avait construit ces appareils. Comme plusieurs pièces étaient usées, on venait pour les renouveler, et chemin faisant on prenait mon avis pour savoir s'il n'y avait rien de mieux à faire.

J'offris de me trouver avec M. Martin pour lui soumettre quelques remarques sur la construction de l'appareil du côté gauche et sur l'ensemble du traitement. Ceci étant agréé, je me rendis chez M. Martin qui était déjà très-souffrant, et nous passâmes en revue tous les désordres indiqués plus haut. Arrivé à la hanche gauche, M. Martin me dit devant les parents qu'il existait de ce côté une luxation spontanée du fémur, qu'il était nécessaire 1° de soumettre l'enfant au repos dans le décubitus dorsal; 2° de faire l'extension graduelle et prolongée pour distendre les muscles contracturés et raccourcis; 3° de tenter ensuite la réduction quand les parties seraient préparées. Ce plan thérapeutique me causa beaucoup d'étonnement, et quand nous fûmes retirés pour conférer ensemble, je m'efforçai de faire comprendre à mon

confrère : 1° qu'il n'y avait pas de luxation permanente; 2° que la tête était dans la cavité cotyloïde lorsque le membre était dans l'extension; 3° qu'il n'y avait donc pas lieu d'étendre, ni de réduire par la force; 4° que nous avions sous les yeux un remarquable exemple de paralysie atrophique à localisations multiples; 5° enfin, qu'au point où en étaient les choses, on n'avait rien à espérer que de la prothèse pure et simple maintenant presque fixés les uns sur les autres les divers segments des membres inférieurs, et les remplaçant par des tiges articulées peu flexibles.

M. Martin, comme s'en souviennent peut-être ceux qui ont été en rapport avec lui, était un mécanicien fort habile, mais se montrait en général peu bienveillant pour les médecins qui chassaient sur ses terres. Il nous refusait toute compétence dans les questions orthopédiques et acceptait difficilement la contradiction sur ces questions. Il n'accepta point mes vues et s'étonna surtout de me voir nier une luxation qu'il produisait si aisément dans la manœuvre indiquée. A quoi je répondais précisément que le déplacement était de son fait et n'existait pas dans le membre au repos, etc. La discussion s'anima et elle eût fini par devenir aigre si j'avais oublié qu'en somme mon confrère était âgé, malade et dans son propre domicile.

Revenu auprès des parents et prenant la parole, j'éladai de mon mieux les questions indiscretes, après quoi je me retirai et ne consentis point à de nouvelles réunions, qui étaient frappées d'avance de stérilité.

Cependant cette controverse ne fut pas inutile; la luxation avait été admise par M. Martin qui la croyait évidente. Je ne la constatai pas plus que dans les cas précédents, et je reconnaissais pourtant qu'elle était possible; il y avait donc lieu d'ajouter une variété aux déplacements déjà décrits du fémur. En d'autres termes, à la suite des luxations *permanentes* traumatiques, coxalgiques et congénitales, il fallait placer une lésion particulière, dans laquelle, suivant l'attitude donnée au membre, on pouvait à volonté déplacer et replacer, luxer et réduire, sans force et sans douleur, la tête femorale. C'était, moins l'intervention de la volonté et de la contraction musculaire, quelque chose d'analogue à ce que font certains saltimbanques qui déboltent et remboltent la hanche à volonté.

Enfin, il était à noter que cette variété, qui suppose un relâchement très-étendu des moyens d'union, coïncidait avec l'amaigrissement extrême de la fesse et la paralysie plus ou moins complète des muscles fessiers.

Jusqu'à ce moment j'étais resté sur le terrain de l'observation pure. Je me mis en devoir de relire ce qui avait été écrit sur les luxations

congénitales du fémur, c'est-à-dire Dupuytren, Sédillot, Parizo, J. Guérin, la discussion académique de 1839 et surtout le grand travail de Pravaz, sans compter d'autres menus travaux. Une première chose me frappa. Les auteurs ont étudié avec beaucoup de soin la luxation susdite alors que la tête est logée et fixée dans la fosse iliaque; ils ont décrit minutieusement la déformation et ses conséquences immédiates et ultérieures, ils ont vivement débattu la possibilité ou l'impossibilité de la réduction, tous les caractères en un mot qui s'appliquent aux déplacements confirmés, permanents, anciens, invétérés si je puis ainsi dire; en revanche, rien ou presque rien sur les premières phases du mal, sur son évolution progressive depuis le moment où l'articulation commence à s'altérer jusqu'à celui où la tête sort du cotyle pour n'y plus rentrer.

Cette lacune s'explique jusqu'à un certain point par cette supposition erronée que la luxation s'opère toujours pendant la vie intra-utérine, c'est-à-dire à une époque où l'observation directe est impossible. Mais elle est fâcheuse, car l'étude ne porte alors que sur la terminaison définitive d'une affection dont les premiers degrés restent inconnus. C'est comme si on se contentait de décrire la luxation spontanée du fémur, qui a lieu dans la période ultime de la coxalgie, sans tenir compte de la coxalgie elle-même. De tous les documents que nous possédons on pourrait conclure que la luxation est toujours réalisée à l'époque de la naissance, ce qui est inexact puisque plusieurs observations démontrent que la claudication peut n'apparaître et le déplacement ne s'effectuer que dans l'enfance ou la jeunesse, après plusieurs années d'intégrité absolue de la forme et des fonctions de l'articulation coxo-fémorale. Dans ces cas indubitables on a certainement méconnu ou passé sous silence les premiers symptômes et les prodromes de la luxation.

Dès lors je me demandai si les faits que je viens de relater ne répondraient pas précisément à cette période initiale laissée dans l'ombre, ou en d'autres termes, si la luxation dite congénitale du fémur ne serait pas la dernière étape, la conséquence extrême de la paralysie atrophique de l'enfance, paralysie partielle portant sur le groupe des muscles pelvi-trochantériens et s'y traduisant par des caractères distincts, par des déformations spéciales, comme elle engendre le pied-bot et certaines difformités de l'épaule ou du rachis, quand elle sévit sur quelques groupes musculaires de la jambe, de l'épaule ou de l'épine.

Pour confirmer ou infirmer mon hypothèse, j'avais à revoir les diverses causes invoquées pour expliquer le déplacement dit congénital des fémurs et à rechercher si elles étaient réellement satisfaisantes

et suffisantes. Elles sont nombreuses, comme on sait, et peuvent se ranger sous six chefs principaux :

1° Altération primitive des germes, aberration du *nisus formativus* ;

2° Arrêt de développement des os, cotyle ou tête fémorale ;

3° Violences extérieures, exercées sur le fœtus pendant la gestation ou l'accouchement ;

4° Affections articulaires intra-utérines, coxalgie fœtale ;

5° Relâchement primitif des ligaments ;

6° Rétraction musculaire active.

Ces théories reposent toutes sur un certain nombre de faits incontestables et sont par conséquent acceptables dans certaines limites. Mais elles ne sauraient être généralisées, et déjà chaque auteur, en proposant la sienne, a pris soin de critiquer les autres à l'aide d'arguments victorieux.

Toutes supposent que la luxation existe au moment de la naissance, ce qui reste précisément à démontrer, de sorte qu'elles seraient impuissantes à expliquer un déplacement tardif survenu dans l'enfance.

Et d'ailleurs l'existence du déplacement serait-elle constatée dès le premier jour de la vie, il ne s'ensuivrait pas pour cela qu'il soit toujours dû au même mécanisme. Ainsi, le fait même de la congénitalité ne permettrait pas de confondre une luxation produite par une manœuvre obstétricale, avec une luxation par hydropisie, par coxalgie ou par absence complète de la tête du fémur. Si l'on tenait absolument à prendre pour base principale de la classification la congénitalité, c'est-à-dire l'époque d'apparition du mal, il faudrait au moins admettre plusieurs genres de luxations congénitales du fémur, savoir : luxations par malformations osseuses, luxations par maladie articulaire, luxations traumatiques, luxations par action musculaire.

Alors l'épithète de *congénitale* perdrait le sens qu'on lui attribue généralement, car elle caractérise, dans l'état actuel de la science, une variété dans laquelle, primitivement du moins, et pendant longtemps, on ne constate aucune malformation osseuse, aucune lésion organique, aucune déchirure de la capsule, aucune contracture musculaire capable d'entraîner la tête hors de sa cavité.

Il faudrait donc admettre deux sens au mot *congénital*, et le prendre, ou comme synonyme de luxation intra-utérine, ou comme représentant un tableau symptomatologique spécial.

Si on optait pour la première signification, on s'exposerait à confondre les affections les plus disparates qu'on prend tant de soin à distinguer lorsqu'elles surviennent pendant le reste de la vie. Si, au contraire, on s'en réfère plutôt aux caractères cliniques, on résér-

vera le nom de luxations congénitales du fémur à celles qui ne sont ni traumatiques, ni coxalgiques, ni causées par l'action musculaire, ni dépendantes d'une malformation osseuse. Je pense qu'il faut s'arrêter à ce dernier parti. Mais comme il serait absurde d'appeler congénital un déplacement survenu à dix ans, comme d'autre part aucune des causes précitées ne pourrait expliquer ce dernier fait, il est donc nécessaire : 1° de trouver un nom nouveau, 2° de tirer ce nom de la nature étiologique du mal.

Considérant qu'en dehors de toutes les variétés connues de luxation du fémur, il en est une qui paraît reconnaître pour cause la paralysie et l'atrophie des muscles pelvi-trochantériens, je propose de l'appeler luxation paralytique du fémur. J'admets d'ailleurs, sans en avoir la preuve, qu'elle peut se produire avant la naissance, qu'elle peut donc être congénitale, comme cela arrive pour la luxation coxalgique fœtale qui, pour cela, n'en reste pas moins liée d'une manière étroite à la luxation coxalgique de l'enfant et de l'adulte.

Après avoir critiqué l'étiologie proposée par mes devanciers et cherché à rectifier le langage et la classification, je devais chercher si mon hypothèse n'était point en contradiction avec l'observation clinique, si, en un mot, elle rendait compte de l'évolution, de la terminaison, de la variété de déplacement qui nous occupe. Or, si je ne me trompe, l'admission d'une paralysie des muscles pelvi-trochantériens précédant le déplacement explique d'une manière très-satisfaisante la marche et les phases de ce dernier. C'est ce que je développerai, au besoin, si la discussion s'engage.

Si l'étiologie que je propose est l'expression de la vérité, elle exercera sans nul doute une influence salutaire sur la thérapeutique. Il est clair que la cure d'une affection est d'autant plus aisée que ses causes sont mieux connues, et qu'on l'attaque plus près de son début. Au lieu d'attendre que la luxation soit ancienne et permanente, il serait plus avantageux de la prévenir ou de la combattre dès sa production. Je n'ai qu'un bien petit nombre de faits cliniques à l'appui de mes idées sur ce point, cependant l'observation de l'enfant des Ardennes est déjà encourageante. J'y joindrai l'indication d'un autre cas qui m'a été rapporté par mon excellent ami le docteur Dechambre. Il fut consulté il y a quelques années pour une petite fille qui, depuis quelques mois était affectée de claudication double. M. Dechambre reconnut les déformations caractéristiques de la luxation congénitale double à son début; il conseilla aux parents de faire fabriquer par un mécanicien une machine appropriée, non pas qu'il espérât la guérison, mais dans le but au moins d'entraver les progrès du mal. On ne suivit pas le conseil, et l'on se contenta d'envoyer l'enfant dans une

propriété du Dauphiné où les conditions hygiéniques étaient excellentes. Quelques mois plus tard l'enfant revint complètement guéri, et resta telle depuis ce moment.

Ce fait étonna singulièrement M. Dechambre; il serait inexplicable avec les anciennes théories, car l'air, si pur qu'il soit, n'a jamais eu la propriété de réduire la luxation. Avec mon hypothèse, le fait n'a rien de surprenant. L'articulation n'était pas encore disloquée, mais la paralysie musculaire avait amené déjà les déformations qui préparèrent le déplacement. Cette paralysie guérissant par les forces de la nature, tout était rentré dans l'ordre, l'affection avait été arrêtée à son origine, et les hanches avaient repris leur forme et leur solidité accoutumées.

Tel est, messieurs, l'exposition sommaire que je désirais vous soumettre; je regrette qu'elle ne soit pas plus complète et qu'elle prête encore le flanc à la controverse. Mais j'espère que vos objections et vos critiques lui donneront ce qui lui manque en la corrigeant dans ce qu'elle peut avoir de défectueux.

DISCUSSION.

Plusieurs membres de la Société désirant prendre la parole sur ce sujet, une discussion *sur les luxations congénitales* sera ouverte; elle prendra rang après la discussion sur le chloroforme.

LECTURE.

Hypertrophie sénile de la prostate.

M. DEVALZ, médecin aux Eaux-Bonnes, ancien interne des hôpitaux de Paris, fait une lecture sur ce sujet et demande à être compris au nombre des candidats aux places de correspondants nationaux.

Commissaires : MM. Guyon, Broca et Tillaux.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 6 JUIN 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine ;

*Le Bulletin général de thérapeutique ;
La Gazette médicale de Strasbourg ;
Le Bulletin médical du nord de la France ;
Les Archives générales de médecine ;*

Le Compte rendu des travaux de la Société médicale de l'arrondissement de l'Élysée.

M. LE D^r MOUGEOT (de l'Aube), adresse une note sur un nouveau moyen de ranimer les sujets sous le coup d'une syncope mortelle par le chloroforme ou autre cause, moyen consistant dans des douches d'eau froide sur les yeux.

M. LARREY présente, au nom de l'auteur, M. Murlon, médecin aide-major de 1^{re} classe, plusieurs brochures : *Essai sur les hernies musculaires. — Blessure complexe de la face par arme à feu. — Oblitération des conduits lacrymaux, traitée par le cathétérisme forcé. — De l'uréthroscopie.*

COMMUNICATION.

Nouveau procédé opératoire pour l'ablation des polypes naso-pharyngiens.

M. OLLIER (de Lyon), membre correspondant. La question des polypes naso-pharyngiens a été si souvent traitée devant la Société que je ne rentrerai pas dans la discussion générale. Je me bornerai seulement à exposer un nouveau procédé qui me donne depuis deux ans les meilleurs résultats, et dont j'apprécie de plus en plus les avantages à mesure que mon expérience s'étend.

Ce procédé se rattache à la voie nasale. Il part du même principe qu'un certain nombre d'opérations appelées improprement ostéoplastiques, et qui consistent à écarter les os de la face pour aller à la recherche du polype. Je désigne mon procédé sous le nom d'*ostéotomie verticale et bilatérale des os du nez*. L'opération consiste en une incision cutanée en forme de fer à cheval, partant du point le plus reculé du contour supérieur de l'aile du nez, remontant en haut vers le point le plus élevé de la racine, et descendant par une voie analogue jusqu'au même point de l'aile du nez du côté opposé. On prend ensuite une scie fine (scie de Butcher, scie de Matthieu), on coupe de haut en bas les os du nez dans la direction de l'incision extérieure ; on abaisse alors le nez en rendant, si c'est nécessaire, l'abaissement plus facile par quelques coups de ciseaux portant sur la partie cartilagineuse de la cloison et sur l'aile du nez. Cette opération préliminaire est faite avec une grande rapidité, elle fournit très-peu de sang. Elle ne compromet nullement la vitalité du nez puisque ses princi-

pales artères sont conservées dans les piliers inférieurs, et elle permet d'aborder le polype par le point le plus élevé des fosses nasales.

Avec la vue et le toucher, on détermine exactement les limites de son implantation, et lorsqu'on procède à l'arrachement et à la rugination de l'apophyse basilaire, on agit en sachant ce qu'on fait.

Pour se donner plus d'espace, il faut mobiliser la cloison, la déjeter latéralement avec le doigt seulement, si elle est usée et amincie par le polype, ou bien au moyen d'une incision antéro-postérieure, si elle résiste.

Tous les nez ne sont pas également favorables; mais par la mobilisation de la cloison, on a assez de jour pour opérer avec précision et sûreté.

Je mets sous les yeux de la Société des fragments d'un polype qui, réunis, pèsent 205 grammes; c'est le plus gros que j'aie enlevé, et je n'ai pas trouvé d'exemple pareil parmi les observations que j'ai pu analyser.

Une fois le polype extrait, on relève le nez, on le réunit par des points de suture métallique capillaire très-rapprochés. La soudure se fait très-promptement. Un de mes malades a pu se moucher au bout de quatre jours.

J'ai pratiqué huit fois cette opération, six fois pour des polypes fibreux naso-pharyngiens, deux fois pour des polypes glandulaires développés dans la partie supérieure des fosses nasales.

Dans un des six premiers cas, j'ai perdu un malade d'accidents cérébraux; le polype pénétrait par un prolongement dans la substance cérébrale; à l'autopsie seulement cette complication fut reconnue. Sur le vivant, rien n'avait pu me la faire prévoir.

Le cas dont vous avez les pièces sous les yeux, m'avait fait longtemps hésiter à cause de la gravité des désordres et des déformations de la face. Il y avait un double exorbitis et une cécité complète à droite, presque complète à gauche, due à la compression des nerfs optiques. Je passai outre et malgré la multiplicité des prolongements que j'eus beaucoup de peine à extraire. Le malade se rétablit sans présenter aucun symptôme inquiétant du côté du cerveau. Il y a treize mois aujourd'hui que j'ai fait l'opération, à la date des dernières nouvelles (il y a trois mois) rien n'indiquait la récurrence. La vision ne s'est pas rétablie, le nerf optique atrophié n'a pu se régénérer; ce qui ne doit pas nous surprendre, car les nerfs de sensibilité spéciale ne se régénèrent pas.

En résumé, l'ostéotomie verticale et bilatérale des os du nez, constitue une opération préliminaire qui réunit les conditions les plus avantageuses. Rapidité, simplicité, efficacité, et innocuité par elle-

même : tels sont les avantages qu'elle me paraît présenter. Elle ne compromet aucune fonction comme les opérations qui se rattachent à la voie buccale; elle ne laisse qu'une cicatrice linéaire qui devient de moins en moins apparente.

On a proposé, dans ces derniers temps, un grand nombre de procédés pour atteindre le polype par la voie nasale; le temps me manque pour les mettre en parallèle avec le mien; je rappellerai seulement qu'ils se trouvent tous décrits ou énumérés dans la thèse d'un élève de M. Nélaton, M. Robin Massé.

DISCUSSION.

M. CHASSAIGNAC. Le procédé de M. Ollier présente beaucoup d'analogie avec celui que j'ai imaginé et mis en usage. J'ai été frappé de voir notre distingué collègue constater les mêmes avantages qui m'ont engagé à le préconiser. Il est, en effet, très-facile d'explorer avec l'œil et le doigt lorsque le nez a été détaché et déplacé. L'opération peut être facilement exécutée et complètement faite, le nez remis en place reprend rapidement. J'ai fait connaître un procédé qui consiste seulement à déplacer la portion cartilagineuse. Mais j'ai déplacé dans d'autres circonstances le squelette du nez. M. Ollier abaisse le nez en le détachant de haut en bas, je le déplace en le renversant latéralement : ces deux manières de faire ont donc de grandes analogies. Je crois avoir eu le premier l'idée de déplacer les os du nez pour créer une voie qui permette d'arriver au polype naso-pharyngien; j'ai cru devoir le rappeler à propos de la communication de M. Ollier qui donne à cette méthode une nouvelle et importante consécration.

M. OLLIER. Le procédé de M. Chassaignac m'est parfaitement connu, et je n'aurais pas manqué d'en parler si j'avais fait l'histoire de la méthode opératoire à laquelle il a attaché son nom. Je n'ai eu d'autre but que de faire connaître un procédé nouveau auquel je crois certains avantages. C'est à tort que l'on a donné à ces procédés la dénomination d'ostéoplastiques. On fait, en employant ces procédés, le déplacement des os, et non de l'ostéoplastie. Aussi j'ai désigné mon procédé sous le nom d'ostéotomie verticale et bilatérale des os du nez.

M. VERNEUIL. Je répéterai ce que déjà j'ai eu l'occasion d'affirmer ici. Les procédés de déplacement des os appartiennent incontestablement à la Société de chirurgie de Paris, dans la personne de MM. Chassaignac et Huguier. Langenbeck et les Allemands en ont revendiqué l'invention, mais c'est tout à fait à tort. Leur prétention à ce sujet ne peut être justifiée.

Résections sous-périostées articulaires.

M. OLLIER. La seconde communication que je désire faire devant vous est plus importante parce qu'elle touche à des questions nombreuses, soulevées dans ces derniers temps, et qui ont été l'occasion des opinions les plus divergentes. Il s'agit de la reproduction des os après les résections articulaires et de la reconstitution des articulations elles-mêmes.

J'ai déjà, dans diverses circonstances, traité quelques points de cette question devant la Société, mais je n'ai pas encore exposé mes résultats cliniques. Dès 1858, j'avais cherché à démontrer la reproduction des articulations et à établir les conditions dans lesquelles elle s'opère. Mais aujourd'hui c'est avec de nouvelles expériences que j'aborde la question, et par les nombreuses pièces que je mets sous vos yeux, vous pourrez vous convaincre de la réalité des faits que j'ai déjà énoncés sur cette importante question.

Il y a trois points à déterminer dans la reconstitution des articulations :

- 1° La reproduction des extrémités articulaires ;
- 2° La reconstitution des moyens d'union ;
- 3° Les rapports des muscles qui entourent l'articulation et qui doivent la faire mouvoir.

En expérimentant sur des animaux aussi rapprochés de l'homme que possible, sur le chien par exemple, j'ai vu qu'après l'ablation de la totalité des extrémités osseuses qui composent une articulation, on peut obtenir une *articulation de même type que l'articulation enlevée*. Les gynglimes eux-mêmes peuvent se reconstituer avec leurs formes et leurs mouvements essentiels, contrairement à ce qu'on avait déduit des résultats des expérimentateurs qui m'ont précédé.

Pour arriver à ce résultat, il faut n'enlever que la portion osseuse et cartilagineuse de l'articulation ; il faut conserver toutes les parties fibreuses, ligaments, capsules, insertions tendineuses ; il faut laisser toutes ces parties se continuer avec les gâlnes périostiques ; il faut, en un mot, ménager un *canal périostéo-capsulaire*, périostique à ses deux extrémités, capsulaire à son centre. Il faut pénétrer dans l'articulation par une incision unique dans le sens de l'axe du membre ; détacher avec la sonde-rugine toutes les parties fibreuses, de manière à conserver intacte la loge ostéo-périosto-capsulaire. De cette manière les muscles gardent leurs rapports réciproques, et leur action physiologique se rétablit. Je me suis assuré aussi de la nécessité de maintenir écartées les surfaces osseuses réséquées.

Sur ces pièces qui se rapportent aux articulations du coude, du genou, du pied et de l'épaule chez le chien, vous pouvez constater la reconstitution d'une articulation de même type que l'articulation enlevée. J'ai mis les portions osseuses enlevées à côté des portions osseuses reproduites.

D'autre part, voici des pièces dans lesquelles j'ai pratiqué des résections par la méthode ordinaire, et vous pouvez voir combien la différence est grande, lorsqu'on a enlevé non-seulement la surface articulaire, mais la totalité des têtes osseuses.

Lorsque j'ai enlevé les portions osseuses en conservant l'intégrité et la continuité des tissus fibreux, j'ai retrouvé tous les muscles à leur place et capables de fonctionner ; lorsqu'au contraire j'ai pénétré dans l'articulation par de larges incisions, en coupant de nombreuses attaches musculaires, j'ai trouvé ces muscles réunis entre eux et aux os voisins d'une manière irrégulière, leur action était annihilée et pervertie.

Chez l'homme, j'ai eu des résultats semblables ; à mesure que ces résections se sont multipliées, j'ai pu me convaincre de plus en plus de la concordance entre les résultats cliniques et les résultats expérimentaux.

On m'a reproché quelquefois de préconiser des opérations difficiles, longues et laborieuses ; j'avoue que si nous n'avions pas l'anesthésie, je pourrais faire quelques concessions sur ce point ; mais quand le malade ne souffre pas, je ne crains pas d'allonger une opération de dix à quinze minutes et plus, s'il le faut, pour pratiquer une résection d'après la méthode que je viens d'exposer.

Parmi les faits cliniques que je puis citer en faveur de cette méthode, je rappellerai la reproduction de la moitié supérieure de l'humérus, dont j'ai publié l'observation il y a un an environ. Ce fait, à lui seul, suffirait à ma démonstration. Voici la portion enlevée qui mesure 42 centimètres, c'était juste la moitié de l'humérus. Or aujourd'hui, le membre a la longueur qu'il avait au moment de l'opération. Il y a eu 44 centimètres de reproduits, je n'en compterai même que 40 à la rigueur pour éviter toute cause d'erreur ; ce chiffre est suffisant pour ma démonstration. Le membre est cependant plus court de 5 centimètres que celui du côté sain, parce que ce dernier s'est accru pendant que le membre opéré restait stationnaire.

Voici l'os enlevé ; il est complètement dépouillé de son périoste ; le cartilage de la tête est érodé, et partout profondément altéré, la surface de l'os est inégale, son tissu est dur. C'était dans tous les cas un os parfaitement vivant ; je n'ai pas besoin d'insister sur ce point

pour démontrer qu'il ne s'agit pas, dans cette opération, d'une ablation de nécrose.

Non-seulement l'os s'est reproduit, mais l'articulation s'est reconstituée; tous les mouvements, même les mouvements de rotation, existent. Bien qu'on ne puisse pas apprécier la forme de la tête reproduite (les surfaces cartilagineuses ne se reproduisent jamais), la tête est solidement unie, contre la cavité glénoïde; le deltoïde se contracte et écarte le coude du tronc.

Relativement aux résections du coude, ce que je dois signaler, c'est une grande solidité latérale de l'articulation. Je ne coupe pas le triceps pour éviter qu'il n'aille se souder à l'humérus, comme on peut le voir sur une des pièces que j'ai sous les yeux.

J'ai hésité longtemps à pratiquer sur l'homme ces résections sous-capsulo-périostées, je craignais que ces capsules, ces ligaments altérés, ne pussent être conservés sans dangers, mais l'expérience m'a appris que mes craintes n'étaient pas fondées. En modifiant les parties fongueuses altérées par du nitrate d'argent et de légères applications de fer rouge on change leur vitalité et on les rend aptes à se cicatriser.

Relativement à l'accroissement des membres réséqués, il est des faits que l'expérimentation démontre et que la clinique confirme parfaitement : c'est l'importance inégale des diverses extrémités osseuses au point de vue de l'accroissement des os longs. Les extrémités qui contribuent à former le coude sont les moins importantes au point de vue de l'accroissement du membre supérieur, celles qui contribuent à former le genou sont les plus importantes au point de vue de l'accroissement du membre inférieur. De là une opposition entre le coude et le genou que je ne saurais trop faire ressortir. La résection du coude chez les enfants, n'arrête que très-faiblement l'accroissement du membre; la résection du genou, au contraire, est très-grave sous ce rapport.

J'ai étudié expérimentalement l'accroissement des os réséqués, mais j'ai pu constater chez l'homme, dans plusieurs cas de résection du coude, une concordance parfaite entre les faits expérimentaux et les faits cliniques. Plusieurs de ces faits ont été publiés dans la thèse de M. le docteur Bonnesseur, l'un de mes élèves. Je publierai prochainement les autres dans un traité spécial que je prépare en ce moment.

C'est à l'Hôtel-Dieu que j'ai pratiqué toutes les résections articulaires que je viens de rappeler; mes opérés ont eu souvent la guérison retardée par les influences mauvaises du milieu : érysipèles, suppurations prolongées. Aussi les ai-je envoyés à la campagne

toutes les fois que la chose m'a été possible. Je les ai revus ensuite en les retenant le plus longtemps possible à l'Hôtel-Dieu, pour suivre la marche de la guérison et apprécier les résultats définitifs.

C'est chez les jeunes sujets, pendant la période de croissance, qu'on obtient des résultats complètement satisfaisants au point de vue de la régénération des extrémités articulaires et du rétablissement de l'articulation. Chez l'adulte, la reproduction des os ne s'opère pas, ou ne s'opère qu'incomplètement, mais on a toujours le rétablissement de l'articulation et le retour des mouvements. J'ai réséqué la tête de l'humérus sur un homme de cinquante-six ans, et l'articulation s'est reconstituée.

DISCUSSION.

M. DEMARQUAY. M. Ollier vient de nous dire qu'il maintenait les surfaces osseuses écartées après les avoir réséquées. Il a pour but, en agissant ainsi, de préparer et de conserver à l'os qui va se former, une gaine protectrice. Je me demande si cette idée, séduisante en théorie, sera toujours justifiée en pratique. La suppuration ne sera-t-elle pas retenue dans ce manchon ostéo-fibreux ? On sait qu'elle est toujours abondante et de longue durée après les résections.

M. BROCA. Ce que fait M. Ollier est absolument différent de ce que les expérimentateurs et les chirurgiens ont fait avant lui. Grâce à l'écartement des extrémités osseuses, à la conservation de la gaine ou manchon ostéo-fibreux, la sécrétion du nouvel os trouve un terrain, un moule tout préparé. Je crois donc que l'écartement des extrémités osseuses joue un rôle capital. C'est par lui que peut être expliquée, sans doute, la différence des résultats obtenus par les allemands et en particulier par Albrecht Wagner, dont j'ai traduit autrefois le travail dans les *Archives de médecine*. Les pièces que M. Ollier nous présente ne ressemblent en rien à celles que nous connaissions, leur physionomie est toute particulière.

Il y a deux ans, j'ai pratiqué la résection partielle du maxillaire inférieur chez un enfant âgé de deux ans. J'étais aidé par M. Follin, et nous arrivâmes à conserver complètement le périoste. Malheureusement, on le sait, il est fort difficile de maintenir écartées les extrémités réséquées du maxillaire. Aussi, malgré les bonnes conditions d'âge et d'opération, je n'obtins pas de reproduction osseuse. M. Ollier nous a surtout parlé de résections du coude : il est un point relatif au manuel opératoire qui me préoccupe, et sur lequel je lui demanderai de nouvelles explications. Il me paraît, en effet, fort difficile d'arriver à pratiquer cette opération selon la méthode de M. Ollier, en faisant une seule incision au périoste et à la capsule.

M. VERNEUIL. J'ai pratiqué la résection sous-périostée du coude, et je n'ai fait qu'une seule incision. Cette opération est facile dans les cas où l'on opère pour une lésion organique. Je crois avoir le premier pratiqué cette opération sur le coude, j'enlevai 0^m,44 de l'humérus, après guérison quatre centimètres avaient été reproduits. Avant-hier encore, je pratiquais cette opération; le grattoir ordinaire, l'extrémité des ciseaux courbes, l'ongle, sont les instruments que je préfère.

J'ai vu avec grand plaisir M. Ollier reprendre les réssections tibio-tarsiennes trop abandonnées depuis Moreau. Je crois cette opération très-utile. Langenbeck donne dans un mémoire récent sept observations très-favorables. Il a pu enlever plusieurs centimètres du tibia et du péroné en conservant le périoste.

M. OLLIER. Je crois, en effet, à l'utilité, à la nécessité de l'écartement des surfaces osseuses. Je me suis demandé, pour le coude, s'il ne serait pas préférable de laisser le membre allongé, c'est une question que je ne puis encore résoudre. Je n'ai pas vu se produire dans la pratique les accidents que craint M. Demarquay. Je crois donc pouvoir recommander le précepte sur lequel mes collègues ont bien voulu arrêter leur attention.

C'est à travers une seule incision que j'opère, même pour réséquer le coude. J'ai modifié l'incision postérieure, à laquelle je donne la préférence. Je commence un peu en dehors, au niveau du bord externe de la longue portion du triceps, puis je conduis mon incision en dedans, de manière à venir tomber sur l'olécrâne. Avec la sonde rugine, j'écarte le triceps en dedans, je détache ensuite le ligament latéral externe. Je luxe alors les os en dehors, je procède avec une grande douceur, décollant successivement le périoste sur l'humérus et prenant bien garde qu'un mouvement brusque ne provoque un décollement trop étendu. L'humérus est réséqué et je procède alors de la même manière pour le cubitus et le radius. Je termine ordinairement par cet os; je ferai remarquer que je ne puis compter sur la reproduction de la cupule radiale toute entière revêtue de cartilage; pour cette extrémité osseuse, la résection ne devient sous-périostée que lorsqu'on dépasse la cupule.

Je n'ai fait qu'une seule fois la résection sous-périostée du coude pour un cas traumatique. Il s'agissait d'un enfant de quinze ans; l'extrémité inférieure de l'humérus était brisée en trois fragments. Je réussis cependant, quoique avec peine. Je pense que chez l'adulte cette opération ne serait pas praticable dans semblables circonstances. J'eus le regret de perdre mon opéré, il fut atteint d'infection purulente.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Fracture du péroné avec fracture intra-articulaire du tibia.

M. LABORIE. J'ai l'honneur de présenter à la Société une fracture du péroné que j'ai recueillie dans mon service à l'Asile impérial de Vincennes. Le malade qui était atteint de cette lésion avait fait une chute, le 46 mars 1866, dans les conditions suivantes :

Étant sur le bord d'un trottoir, il fut heurté par un passant, et tandis que le pied gauche restait sur le trottoir le pied droit portait à faux sur le sol de la rue. Une douleur vive se fit immédiatement sentir, et la marche devint impossible. On transporta le blessé à l'hôpital Beaujon. On constata qu'il existait une fracture de la partie inférieure du péroné, sans déplacement. Un simple bandage dextriné fut appliqué, et quarante-quatre jours après le malade nous était envoyé. Dès son arrivée, suivant l'habitude, un interne prit l'observation, et on put reconnaître le bon état du membre, le peu de douleur, l'absence de déformation et enfin la facilité de la marche qui pouvait s'effectuer avec l'aide d'une canne seulement.

Dans les derniers temps de son séjour à l'Asile, au moment presque de sa sortie, ce malade fut pris d'accidents typhoïdes à forme méningée, qui se terminèrent rapidement par la mort. Il succombait le 11 mai 1866, c'est-à-dire cinquante-huit jours après s'être fracturé la jambe. A l'autopsie nous avons trouvé les lésions suivantes :

1° Une fracture du péroné, oblique de dedans en dehors et de haut en bas. Le point le plus bas du trait est à 5 cent. $1/2$ de l'extrémité malléolaire, le point le plus élevé à 5 centimètres.

La fracture parfaitement affrontée est solidement réunie, mais sans trace de cal osseux. Un trait de scie pratiqué suivant la longueur de l'os montre un tissu serré, fibreux, régnant dans toute l'étendue de la solution de continuité, qui permet de légers mouvements entre les fragments.

2° A la partie inférieure et la plus externe de la surface articulaire du tibia, nous trouvons une fracture complète, présentant la forme d'une pyramide à base inférieure. Cette base, répondant à la surface articulaire qui se trouve divisée, ainsi que le cartilage articulaire, à environ un centimètre dans le sens antéro-postérieur et 1 cent. $1/2$ transversalement. La hauteur de cette pyramide est de 2 centim.

Cette fracture, ou pour mieux dire cet arrachement s'est effectué par le tiraillement exercé pendant l'effort fracturant sur la partie d'implantation du ligament péronéo-tibial antérieur. On voit, en effet, que le ligament, parfaitement sain, conserve ses deux attaches et que

la partie du tibia fracturée est précisément la partie sur laquelle il se fixe.

Pas plus que pour le péroné nous ne trouvons de cal osseux, mais, néanmoins, la réunion du fragment est aussi solidement maintenue par un tissu fibreux semblable.

En résumé :

Nous trouvons une fracture par divulsion de l'extrémité inférieure du péroné, sans consolidation osseuse au cinquante-huitième jour. Une fracture du tibia, fracture intra-articulaire, qui n'a produit aucun accident inflammatoire. Et comme pour le péroné pas de réunion osseuse.

Rien, pendant la vie du malade, n'a permis de soupçonner cette complication qui pouvait devenir la cause d'accidents des plus graves.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

Nouveau brise-pierre.

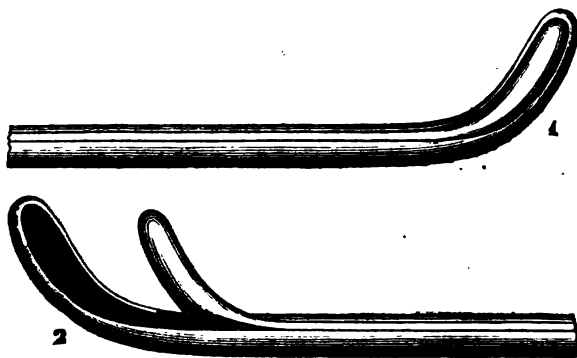
M. DEMARQUAY présente, au nom de M. le docteur Colson, membre correspondant à Noyon, l'instrument de lithotritie dont voici la description :

Il n'y a pas un seul chirurgien qui, ayant eu à pratiquer l'opération de la lithotritie avec le brise-pierre le plus ordinairement employé, comme celui que j'ai figuré aux nos 1 et 2 de la planche qui accompagne cette notice, n'ait été frappé de ses défauts de construction. En effet, cet instrument, dont le bec est court et méplat horizontalement, la courbure brusque et presque à angle droit, est quelquefois d'une introduction difficile et peut-être même impossible chez quelques calculeux. Ainsi je l'ai vu, et cela m'est arrivé à moi-même il y a dix-huit mois chez un homme, dans la vessie duquel non-seulement je n'ai pas pu faire pénétrer le lithotriteur que je viens de décrire, mais dans le canal de l'urèthre duquel je n'avais pas abouti à pratiquer autre chose qu'une fausse route après cinq ou six tentatives infructueuses d'introduction faites à sept ou huit jours d'intervalle. Jusqu'à cette époque j'avais pourtant toujours réussi, et j'étais arrivé assez facilement dans la vessie avec le lithotriteur ordinaire, chez le petit nombre de malades, hommes et femmes, auxquels j'ai pratiqué la lithotritie depuis environ trente ans. Mais ici j'avais affaire à un calculeux dont le canal de l'urèthre très-sensible, très-irritable, se contractait spasmodiquement sous l'influence du cathétérisme pratiqué avec le plus de lenteur, le plus de ménagement, malgré enfin toutes les précautions possibles, et comme j'arrivais toujours alors néanmoins à faire pénétrer dans la vessie des sondes exploratrices de gros ca-

libre, des sondes lourdes et volumineuses comme la sonde en étain n° 3 de Mayor, ainsi que la grosse sonde évacuatrice des boîtes de lithotritie, je pris de suite la résolution de faire construire un lithotriteur dont la courbure et la forme se rapprocheraient de celles de ces grosses sondes métalliques. Et comme j'avais remarqué dans presque toutes les opérations de lithotritie que j'ai faites avec le lithotriteur ordinaire, que je pinçais souvent la membrane muqueuse de la vessie et que j'en ramenaïs de petits lambeaux pris entre les mors de l'instrument en le retirant de la vessie, je résolus de faire donner aux mors de mon lithotriteur une longueur différente en faisant proéminer l'un d'environ 4 centimètre au-dessus de l'autre. J'ai fait porter l'excès de longueur sur l'extrémité de la branche femelle du lithotriteur, de manière que l'instrument étant ouvert et en action dans la vessie, la membrane muqueuse de cet organe fût soutenue et se tendit sur l'extrémité du mors le plus long, au lieu de se fourrer entre ces mors et de s'y laisser pincer.

Je n'ai pas observé d'accidents graves chez les malades auxquels j'ai ainsi pincé autrefois la vessie avec l'ancien brise-pierre dans une opération de lithotritie, sans doute parce que je n'avais pas pincé fortement la vessie, mais je sais que d'autres chirurgiens n'ont pas été aussi heureux, et je pourrais citer des exemples de mort arrivée à la suite de cet accident.

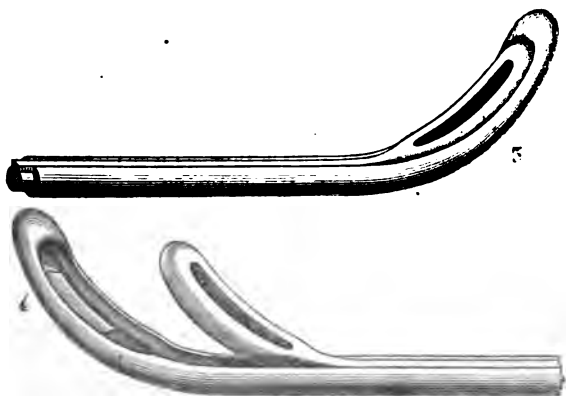
Je donnai alors le modèle d'un nouveau lithotriteur aux habiles



successeurs actuels de M. Charrière, MM. Robert et Colin, qui comprirent parfaitement mes idées et me construisirent l'instrument que j'ai l'honneur de présenter aujourd'hui à la Société de chirurgie.

Cet instrument ressemble au lithotriteur usuel, jusqu'à l'endroit où

commence sa courbure, c'est pourquoi je me suis contenté de faire dessiner son extrémité vésicale, car c'est par là seulement que mon lithotriteur diffère des autres. Les n^{os} 3 et 4 de la planche, qui représentent l'instrument fermé et ouvert, en donneront une idée bien plus exacte que la meilleure description.



J'ai fait avec cet instrument six opérations de lithotritie l'année dernière sur un malade qui avait plusieurs calculs vésicaux, dont l'un ne mesurait pas moins de 38 millimètres dans le diamètre où je l'ai saisi; il m'a fallu employer beaucoup de force pour faire éclater ce calcul, tellement qu'il m'est venu des ampoules dans la paume de la main droite à la suite de cette opération. Le broiement des autres calculs, qui étaient moins volumineux, a été moins difficile. Mais, j'ai remarqué que pour avoir plus de force et éviter de se blesser en broyant des calculs durs et volumineux, il fallait coiffer la manivelle du lithotriteur avec une compresse ou même un pan de redingote, comme cela m'est arrivé; alors la main de l'opérateur est protégée et ne glisse pas. Ceci est un petit détail, mais qui pourtant a son importance dans la pratique.

Je dois faire observer encore ici que mon lithotriteur n'agit pas comme le lithotriteur usuel; en effet, avec ce dernier on ne peut pas broyer de gros calculs, à moins qu'ils ne soient friables, et l'on ne peut en réalité broyer que les petits quand ils sont durs, tandis qu'avec mon instrument on peut broyer les plus durs et les plus gros, c'est-à-dire ceux qui ont près de 40 millimètres de diamètre. Le mode d'action des deux instruments est en effet différent, et cela tient à leur différence de construction. Quand on a saisi par le milieu

un gros calcul dur d'acide urique par exemple avec mon lithotriteur, en y mettant le temps et en employant une force suffisante, on doit toujours le faire éclater; mais il n'en est pas de même avec le lithotriteur ordinaire, car alors on est obligé de le lâcher et de l'égrener en l'attaquant par un point quelconque de sa circonférence au lieu de l'attaquer par le centre, là où l'on perdrait son temps.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 13 JUIN 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.¹

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine ;

Le *Montpellier médical* ;

Le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*.

M. LE D^r GUERSANT fait hommage à la Société du 6^e fascicule de ses *Notices sur la chirurgie des enfants*.

— **M. DEPAUL** fait hommage du Rapport sur les vaccinations pratiquées en France pendant l'année 1864, et de sa réponse au discours de M. Bousquet, intitulée : *Vaccination animale*.

— **M. LABAT** (de Bordeaux) adresse un mémoire intitulé : *De la résorption purulente et des moyens de l'éviter, spécialement dans les amputations*. (Commissaires : MM. Labbé, Després, Désormeaux.)

— **M. DOLBEAU** présente, au nom de leurs auteurs :

1^o Clinique ophthalmologique, par A. de Graefe, traduite en français par M. Édouard Meyer ;

2^o Cas de fracture de la colonne vertébrale, par M. Robert Mc Donnell ;

3^o De l'importance et de l'application de la physiologie dans la pratique de la médecine et de la chirurgie, par notre membre correspondant M. Brown-Séguard ;

4^o Une observation d'encéphalocèle, par M. le docteur Chédevergne (de Poitiers).

DISCUSSION.

Accidents dus au chloroforme.

M. LÉON LE FORT. Plusieurs de nos collègues paraissent impatients de voir se terminer, avant même qu'elle s'engage, cette discussion sur les moyens de prévenir ou de combattre les accidents produits par les agents anesthésiques; je me ferai donc une loi d'être aussi bref que possible, et je ne prendrais même pas la parole, si je ne croyais utile de défendre devant vous l'usage de l'électrisation comme moyen de ramener à la vie les individus passés du sommeil anesthésique dans ce sommeil qui simule, qui annonce la mort, et qui quelquefois n'a plus de fin. Mais je ne puis faire comprendre ma pensée sans rappeler brièvement les phénomènes qui se passent lors de l'administration du chloroforme, et sans rechercher leur cause et leur mode de production.

Ce n'est pas seulement depuis la découverte de l'anesthésie, que la mort est venue interrompre des opérations commencées ou seulement préparées. On n'a pas oublié le cas où Desault, sur le point de pratiquer la lithotomie, et traçant avec l'ongle l'endroit où il allait inciser le périnée, entendit son malade pousser un cri, le vit s'affaïsser brusquement et mourir de syncope entre ses mains.

Lorsque Simpson employa la première fois le chloroforme, c'était aussi pour pratiquer la taille; l'enfant, comme le malade de Desault, mourut de syncope. Heureusement c'était avant qu'on eût procédé à l'anesthésie, car il est probable que si la mort fût survenue quelques minutes plus tard, si elle avait pu être attribuée au chloroforme, c'en était peut-être fait de l'anesthésie chirurgicale.

Le chloroforme ou autres anesthésiques paraissent agir de deux manières, à la façon des alcooliques, et comme agents asphyxiants.

Lorsqu'on soumet un homme ou un animal à l'influence des vapeurs anesthésiques, on voit se succéder des phénomènes qui indiquent une action sur le système nerveux central, et les expériences de Flourens et de Longet ont amené ces éminents physiologistes à distinguer dans ces phénomènes quatre phases distinctes qu'ils rapportent à l'action du chloroforme ou de l'éther : 1° sur le cerveau et le cervelet; 2° sur la protubérance annulaire; 3° sur la moelle épinière; 4° sur le bulbe.

A l'excitation du début succède bientôt un trouble dans l'expression de la pensée, la parole est confuse, inintelligible; en même temps surviennent les mouvements désordonnés, violents, énergiques, auxquels succède une résolution incomplète dont le malade sort chaque

fois qu'on excite vivement la sensibilité. Enfin, arrive la résolution complète des membres, la perte des mouvements actifs, le stertor, et sur les animaux mis en expérience, et chloroformés *usque ad mortem*, la respiration s'embarrasse, finit *graduellement* par s'arrêter, et le sommeil fait place à la mort.

Chez l'homme, ce genre de mort est rare, car jamais, sauf les cas de suicide, la chloroformisation n'est poussée jusqu'à de pareilles limites.

Dans ces phénomènes d'excitation et plus tard de résolution, nous retrouvons exagérés, concentrés, dans un court espace de temps, se succédant sans transition, les symptômes de l'alcoolisme aigu. Pris à l'intérieur, en trop grande quantité, le chloroforme peut causer un empoisonnement mortel, comme le ferait une dose trop considérable d'alcool. Les journaux Anglais en ont rapporté déjà plusieurs exemples, parmi lesquels je citerai surtout celui que publia M. Lammen, 1862. (*Hygiea*, février 1862.)

Ce mode d'action du chloroforme doit donc rendre son emploi dangereux, toutes les fois qu'il s'agit d'individus soumis déjà à un certain degré d'alcoolisme. C'est, en effet, ce qui est arrivé dans presque tous les cas où on a eu recours à l'anesthésie pour combattre l'agitation du *delirium tremens* ; neuf fois la mort fut la conséquence de la chloroformisation. Sur ces neuf cas, deux fois la mort fut brusque et survint au début de l'anesthésie, sept fois elle fut précédée de violentes contractions musculaires et d'une grande agitation.

D'après les recherches de Sansom, consignées dans son livre récent (*Chloroform; its action and administration*, Londres, 1865), un grand nombre de cas de mort sont survenus chez des individus adonnés à l'usage trop fréquent des alcooliques. Aussi, peut-on tirer de ces faits un enseignement et l'indication d'une précaution à prendre : c'est de ne pas donner le chloroforme à ceux que l'on qualifie de « buveurs de profession » ; et je pense, pour ma part, que toutes les fois qu'on se trouve en présence d'un malade qu'on ne peut arriver à endormir avec les doses ordinaires, d'un malade qui avoue ses habitudes d'intempérance, au lieu de forcer la dose de l'agent anesthésique, au lieu de vouloir surmonter sa résistance physiologique, au lieu de persévérer dans la tentative commencée, il faut s'arrêter et ne pas pousser plus loin l'essai de chloroformisation.

Le chloroforme, ai-je dit en commençant, agit aussi comme asphyxiant ; mais avant d'employer ce mot d'asphyxie, il me faut fixer la valeur que je lui attribue ; cela me paraît d'autant plus nécessaire, que M. Perrin paraît entendre ce mot comme on le comprendrait à l'époque de Bichat. Or pour moi, et je crois pour presque tous les phy-

siologistes actuels, l'asphyxie n'est pas seulement constituée par des accidents résultant de la non-arrivée dans les poumons de la quantité d'air nécessaire à la vie ; tout ce qui empêche l'échange des gaz du sang, tout ce qui fait obstacle à la fixation et au transport de l'oxygène par les globules, tout ce qui rend difficile ou impossible l'arrivée à nos organes, et spécialement aux systèmes nerveux et musculaire de l'excitant vital, l'oxygène, est une cause d'asphyxie, c'est-à-dire d'affaiblissement, de suspension ou d'arrêt de la vie par défaut d'oxygène.

Or M. George Harley (*British and foreign med. chir. review*, 1856, p. 429) a montré par ses expériences que les narcotiques aussi bien que les anesthésiques ont la propriété de diminuer le pouvoir des parties constituantes du sang à fixer l'oxygène et à mettre en liberté l'acide carbonique. Si l'on agite du sang dans un flacon contenant de l'air atmosphérique, on trouve que sur 1000 parties d'air renfermant 200 parties d'oxygène, 130 parties d'oxygène ont été absorbées par le sang, et qu'il n'en reste que 70 parties. En revanche, cet air qui, à l'état normal, ne contient que 2 parties d'acide carbonique, en contient 340 après l'agitation du flacon renfermant le sang. L'échange des gaz a donc eu lieu.

Mais, si au lieu de prendre du sang pur on y ajoute du chloroforme, de la morphine et même de l'alcool, tout change. Il reste alors après agitation 180 parties d'oxygène et 20 parties seulement ont été absorbées, et au lieu de trouver dans l'air restant 340 parties d'acide carbonique comme dans les cas précédents, on n'en trouve plus que 200.

La propriété commune des anesthésiques est donc bien, comme l'a dit M. Sansom, à la Société royale et dans son livre, telle que l'avait démontré M. Harley, celle de diminuer l'énergie de l'échange entre les éléments de l'air et ceux du sang.

Mais, dira-t-on, le chloroforme ajouté au sang a changé la composition, la forme des globules; de là les modifications montrées par M. Harley. Sans nul doute, et le fait a été prouvé par M. Sansom lui-même, dans un mémoire lu devant la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres, et des figures ajoutées à son livre montrent de quelle nature est la déformation des globules. Mais ce qui se passe dans le flacon se passe aussi dans une moindre étendue dans les appareils pulmonaire et circulatoire; le chloroforme inspiré dans le poumon est absorbé *en nature* et circule avec le sang; MM. Perrin, Lallemand et Duroy l'ont retrouvé dans le sang, dans le cerveau, dans la moelle, en proportions qui me paraissent certainement bien extraordinaires; mais enfin ils l'ont trouvé et ils ne pourraient sans

doute dénier les résultats de leurs propres expérimentations consignées dans leur livre.

Mais ce n'est pas tout encore, MM. John Harley et Sansom ont examiné au microscope la patte d'une grenouille soumise aux inhalations de chloroforme par la bouche, et ils ont vu que, s'il y avait dès le début de l'expérience augmentation de la circulation, il survenait bientôt une contraction des artérioles, examinées au micromètre; cette contraction cessait lorsqu'on arrêtait l'éthérisation pour repa-
raitre aussitôt qu'on réappliquait les agents anesthésiques.

L'acide carbonique dès les premiers moments de l'anesthésie, chez l'homme, est exhalé en plus grande quantité que dans l'état normal, mais bientôt cette exhalation diminue et s'arrête.

La respiration subit encore une modification profonde, sous l'influence du chloroforme, dit le rapport du comité de la Société royale de Londres, « l'amplitude de la respiration diminue peu à peu, et lorsque la période d'insensibilité est survenue, la quantité d'air entrant dans le poumon est extrêmement minime. » Comme on le voit, bien des causes interviennent pour suspendre la vie de relation, et je dirai avec M. Sansom, la narcose chloroformique n'est pas due à un poison spécial qui monte vers le cerveau, mais à l'arrêt de l'oxygénation du sang.

Tout ce qui produit, à un certain degré, une oxygénation incomplète du sang, amène l'anesthésie. Les causes qui produisent l'anesthésie chloroformique sont donc une action spéciale du chloroforme sur les globules du sang dont l'oxygénation est rendue plus difficile, une diminution dans la circulation artérielle, un ralentissement et une moindre amplitude de la respiration.

C'est par ce mode d'asphyxie, qui ne ressemble guère à une strangulation ou une immersion, c'est par cette modification du globule sanguin que l'anesthésie est produite. Elle devra aussi se montrer toutes les fois que les globules *intacts* ne pourront recevoir, par obstacle mécanique, la quantité d'air nécessaire à la vie. Aussi dans le croup, dans l'asphyxie par pression d'une tumeur sur le tube aérien, dans la bronchite capillaire, voyons-nous se produire une anesthésie plus ou moins complète, comme nous la voyons aussi dans les membres, dans les premiers moments qui suivent la ligature de leur artère principale. Tel est pour moi le mode d'action des anesthésiques, et il en résulte que l'on ne doit donner le chloroforme que mélangé à une forte proportion d'air respirable, qu'il faut s'arrêter lorsqu'on voit survenir de la congestion de la face; mais qu'il ne faut pas laisser arriver aux poumons du malade une trop grande quantité d'air, sous peine de ne pas pouvoir arriver à l'endormir.

Ceci dit, recherchons maintenant quelle est la cause et le mode de production des accidents trop fréquents observés depuis la découverte de Simpson.

Puisque les anesthésiques agissent en déterminant une asphyxie spéciale, il semble que c'est à l'exagération de cette cause qu'il faut attribuer la mort des sujets qui ont succombé. Il n'en est rien cependant, et c'est à peine si on pourrait citer quelques rares exemples où l'asphyxie pourrait être invoquée; Snow, dans un relevé de 50 cas, n'en cite qu'un seul exemple: Sansom n'en cite que 3 sur 409.

Peut-être dans les cas de suicide ou d'imprudence mortelle pourrait-on invoquer ce mode d'action de l'anesthésie. En 1864, un médecin à Londonderry avait l'habitude de se servir de chloroforme pour combattre des insomnies; il fut trouvé mort dans son lit ayant sur son oreiller la bouteille de chloroforme sur laquelle il avait appliqué ses narines. Un élève du dispensaire de Notting-Hill fut également trouvé mort dans son lit; il avait placé sur sa bouche une casquette contenant un mouchoir saturé de chloroforme. Une dame de Londres mourut dans des circonstances analogues, après avoir respiré près de 425 grammes de chloroforme versés par elle sur un mouchoir qu'elle s'était appliqué au devant de la figure.

Quelque interprétation que l'on donne à ces faits, ce qui est certain, c'est que ce n'est pas de cette manière que les accidents arrivent.

Lorsque la congestion de la face est intense, lorsque le stertor apparaît, il n'est aucun chirurgien qui ne s'arrête. D'ailleurs, si la mort arrivait de cette façon, elle ne surviendrait que dans la période avancée de l'anesthésie et c'est presque le contraire qui arrive.

L'enquête du comité de la Société royale a donné les résultats suivants :

Moment de l'anesthésie où la mort est survenue.

Au début des inhalations	40
A la période d'excitation.....	46
Anesthésie incomplète.....	24
Pendant l'anesthésie complète.....	38
Après l'opération.....	44
Non spécifié.....	7
	109

De sorte que sur 402 cas mortels, 50 fois la mort survint avant que l'anesthésie fût complète, et 52 fois pendant la durée de l'anesthésie.

Ce n'est pas non plus dans la quantité de chloroforme administrée qu'on trouve la raison des accidents, la mort est survenue alors que quelques gouttes seulement de chloroforme avaient été versées sur le mouchoir, d'autres fois des quantités énormes de chloroforme ont été administrées sans accidents; c'est ainsi qu'à Guy's hospital, dans un cas de tétanos, on consomma une pinte de chloroforme dans les vingt-quatre heures.

Si la mort chez l'homme anesthésié était produite par une action sur le poumon, par des phénomènes de non-oxygénation du sang, par asphyxie, l'arrêt de la respiration devrait précéder l'arrêt de la circulation. C'est le contraire qui arrive, car deux fois seulement sur 109 cas, le cœur continuait à battre alors que la respiration avait cessé. Chez les animaux, les phénomènes mortels se succèdent dans un ordre absolument inverse, et toujours le pouls a continué après que les mouvements d'inspiration avaient disparu. Ceci pourrait déjà montrer que l'expérimentation sur l'animal, si elle peut servir à étudier les phénomènes physiologiques du chloroforme, ne peut en aucune façon servir à rechercher dans quelles conditions surviennent les accidents mortels; mais la démonstration sera complète lorsque nous aurons montré que c'est par la syncope que la vie s'arrête brusquement chez l'homme anesthésié, syncope que l'on ne saurait déterminer chez les animaux mis en expérience, tandis qu'elle n'est que trop facile chez l'homme.

Pour moi, je suis absolument convaincu que la mort est déterminée par une syncope qui, se montrant sur un individu chez lequel l'anesthésie a diminué d'une notable façon la faculté de réaction, l'énergie vitale, de telle façon que cette syncope, qui dans l'état ordinaire aurait cédé facilement à l'emploi des excitants ordinaires, au décubitus horizontal, continue et se termine insensiblement par la mort. Comment cet accident se produit-il pendant que l'opéré est rendu insensible? C'est ce qu'il me faut expliquer.

Lorsqu'on observe un opéré soumis à l'anesthésie et arrivé à cette période d'insensibilité où il chante et rit pendant l'opération, on peut observer cependant que toutes les fois que le chirurgien reprend le bistouri, toutes les fois qu'au lieu d'attaquer des parties douées d'une faible sensibilité, comme les muscles ou les os, le bistouri attaque la peau ou des filets nerveux, le malade donne des signes évidents de sensibilité. L'on n'a pas affaire ici à des mouvements réflexes, car le patient crie, se plaint, prononce quelques mots ou quelques interjections qui ne laissent aucun doute sur la douleur qu'il éprouve.

Mais, lorsque le réveil survient, l'opéré ne se rappelle rien, il déclare n'avoir pas souffert et souvent il ne sait si l'opération a été

commencée, alors que soit au début, soit dans un instant de réveil pendant l'anesthésie, il a causé de son état avec son chirurgien, il a assisté parfaitement conscient à une partie de ce qui lui a été fait. Il est impossible de nier ce fait que l'on peut constater chaque jour. Ne le voyons-nous pas d'ailleurs se reproduire dans l'ivresse, alors que l'ivrogne, après un long sommeil, ne se rappelle plus ce qu'il a fait la veille ?

Pour moi donc, le chloroforme, sauf dans les cas où on le donne très-exceptionnellement jusqu'à abolition de toute sensation, jusqu'à la résolution absolue, jusqu'à l'apparition du stertor, de la congestion de la face, ne supprime pas pour l'économie le choc, l'ébranlement produit par l'opération. L'homme sent, souffre, mais ne se rappelle pas avoir senti et avoir souffert. Or, si cette douleur subsiste, et on ne pourrait le nier, il est évident que cet excès de douleur peut amener une syncope ; elle l'amènera d'autant plus facilement que la circulation a subi une atteinte profonde quoique momentanée ; elle sera d'autant plus dangereuse que la force de réaction faisant presque complètement défaut, cette syncope, qui dans l'état de veille n'eût été qu'un incident, devient dans l'état d'anesthésie un accident mortel.

C'est par l'action toxique, désoxygénante, que le chloroforme tue l'animal ; c'est par syncope que l'homme anesthésié meurt. Chez ce dernier, je l'ai déjà dit, le pouls s'arrête brusquement, avant tout arrêt ou même tout ralentissement notable de la respiration ; quelquefois cet arrêt du pouls suit quelques convulsions plus ou moins fortes, le plus souvent le malade pâlit en même temps que le pouls s'arrête.

Tout ce qui peut causer une syncope pourra donc amener la mort, que ce soit la douleur physique ou des impressions morales. C'est pour cela que l'on voit la mort survenir au début de la chloroformisation, chez les individus qui, redoutant, quelquefois sans le manifester, l'opération qui va leur être pratiquée, sont pris de syncope, et succombent.

Peut-on prévoir les causes de syncope ? peut-on se garantir de cet accident ? Je ne le crois pas ; car si on refusait l'anesthésie aux gens pusillanimes, on serait exposé à annihiler les bienfaits d'une pratique qui a surtout en vue les individus d'une faible énergie.

La mort survenant par syncope, on a été amené à penser que les maladies du cœur devaient être une raison de s'abstenir de la chloroformisation. Ici les faits ne sont pas en rapport avec une présomption, acceptée par presque tous comme une réalité, et surtout il n'est guère possible de constater durant la vie des lésions de nutrition pouvant avoir quelque influence sur l'issue de la chloroformisation. Les lésions valvulaires sont considérées comme une contre-indication

formelle, et ici du moins des symptômes fournis par l'auscultation peuvent mettre en garde contre une administration imprudente des anesthésiques; mais, dans deux cas de mort seulement, on a trouvé coexistante une maladie, une altération des valvules cardiaques. Le tableau suivant, que j'emprunte à Sanson, montre quels furent les désordres trouvés du côté du cœur, dans 56 cas où l'autopsie a pu être faite :

Substance du cœur, pâle, molle, etc.....	44
Cœur chargé de graisse à l'extérieur.....	4
Dégénérescence graisseuse du cœur.....	48
Lésions valvulaires.....	2
Cœur normal.....	21
	56

Que le cœur soit flasque après la mort par chloroforme, rien de plus facile à comprendre; mais il y a là un effet au moins autant qu'une cause. La dégénérescence graisseuse du cœur semble avoir une grande importance, mais par quels symptômes la deviner du vivant du malade?

Ce que je dis du cœur, je puis le dire du poumon. Un soldat, dont l'histoire est rapportée dans les *Medico-Chirurgical Transactions* (octobre 1858), mourut après quelques contractions musculaires violentes et une violente expiration. Les poumons furent trouvés dans un état de congestion considérable, mais il existait des tubercules miliaires. On ne trouve aucun autre cas parmi les faits suivis de mort, et sans aller jusqu'à soutenir, avec quelques-uns de nos collègues d'Angleterre, que la phthisie, la bronchite et l'emphysème ne contre-indiquent pas l'emploi du chloroforme, cependant je crois qu'il ne faut pas exagérer le danger de ces lésions lorsqu'on discute l'opportunité de la chloroformisation.

En résumé, rien jusqu'à présent ne peut nous mettre complètement à l'abri des accidents anesthésiques mortels. Nous savons qu'il ne faut pas endormir un malade autrement que dans le décubitus horizontal; nous savons qu'il faut nous arrêter lorsque la face devient vultueuse, lorsque la respiration devient rare et difficile; mais ce n'est pas l'état de la respiration qui peut nous indiquer le danger principal. Ce danger, c'est la syncope, et le péril se montre aussi grave que soudain et imprévu.

Que faut-il faire lorsque cette syncope est survenue, lorsque le cœur a cessé de battre et que la respiration va bientôt s'arrêter? Il faut, dit M. Perriq, recourir à la respiration artificielle, c'est le meil-

leur, c'est presque pour lui le seul moyen. Cependant, M. Perrin n'admet pas la possibilité de l'asphyxie chloroformique, et cependant il cite des expériences où la vie a reparu, où le cœur a recommencé à battre, bien qu'on eût fait pénétrer dans les poumons de l'animal des gaz irrespirables, comme l'azote ou l'hydrogène. Quant au mode d'action de la respiration artificielle, M. Perrin ne paraît pas s'en préoccuper. Je crois que la mort, chez l'homme chloroformé, survient par syncope, je crois à l'efficacité de la respiration artificielle, mais je la comprends d'une tout autre manière, que je vous demande la permission d'exposer brièvement.

La distension des cellules pulmonaires par un gaz irrespirable, chez un individu ou un animal endormi et dont le cœur a cessé de battre, a une importance capitale sur le réveil de l'action du cœur. On insuffle dans le poumon un gaz quelconque, on dilate les cellules pulmonaires; que se passe-t-il? Le sang qui remplit les vaisseaux sanguins du poumon, soumis à une pression notablement ou énergiquement augmentée, reflue là où la pression est moindre; le sang artérialisé reflue par les veines pulmonaires, et du sang nouveau pénètre dans les cavités gauches. Or, ne le savons-nous pas, et de nombreuses expériences ne l'ont-elles pas montré depuis Haller? Le sang est l'excitant du cœur, et quoique faiblement artérialisé, ce sang nouveau, qui s'introduit dans les cavités gauches, qui distend momentanément le cœur, qui refoule dans l'aorte le sang qui stagnait dans le ventricule, est comme la main qui, imprimant un léger mouvement au volant d'une machine, remet en activité tout le mécanisme. L'individu était en état de syncope; l'affaiblissement nerveux, déterminé par les anesthésiques, avait tué toute réaction vitale suffisante; la circulation s'était arrêtée pour toujours peut-être; la distension du poumon, en refoulant du sang dans le cœur, vient directement réveiller l'action de cet organe; le cœur bat et la vie suspendue, et l'on pourrait dire éteinte, reparait et ranime ce cadavre.

Voilà comment agit l'insufflation artificielle, voilà pourquoi j'en suis très-partisan; mais cela ne veut pas dire qu'on n'aura recours qu'à elle et qu'on ne doit pas employer d'autres moyens tout aussi énergiques. De tous ces moyens, le plus puissant et le plus discuté est le galvanisme. M. Perrin, à l'exemple de beaucoup de chirurgiens, je dirai même de presque tous les chirurgiens, emploie le galvanisme comme moyen d'effectuer une sorte de respiration artificielle; un des réophores étant appliqué sur la région diaphragmatique et l'autre sur le trajet du nerf phrénique au cou, le courant électrique interrompu a pour effet de déterminer la contraction du diaphragme. Mais si ce mode d'application du galvanisme est accepté par beaucoup, il n'en

est plus de même de la galvanisation qu'on pourrait dire générale, de celle où les réophores sont appliqués l'un sur la région précordiale, l'autre le long du rachis. C'est ce procédé qui a été suivi sans succès dans le cas cité par M. Bouvier, et le chirurgien a été plus loin encore dans cette voie, puisqu'il a cherché à réveiller directement les contractions cardiaques, en enfonçant ou en cherchant à enfoncer des aiguilles à électropuncture dans ce viscère.

Pour M. Perrin ce moyen ne saurait être efficace, puisque, dit-il, la sensibilité est anéantie; mais la sensibilité n'a rien à faire en pareille matière; les muscles galvanisés ne se contractent pas parce que l'animal souffre; les muscles d'un membre amputé se contractent par la galvanisation, et certes là on n'invoquera pas l'intervention de la sensibilité.

Enfin au-dessus de la théorie, il y a l'expérience et les faits; or, la galvanisation a pu ramener à la vie des individus tombés dans la syncope chloroformique; je me contenterai d'en citer deux exemples.

Un jeune garçon de quatorze ans, nommé Daniel M..., fut chloroformé par M. Maurice de Royal Berks hospital à Reading, pour faciliter l'enlèvement d'un séquestre du tibia. C'était un enfant timoré, qui se débattit énergiquement avant de s'endormir; au milieu de l'opération, les battements du cœur s'arrêtèrent et la respiration ne tarda pas à devenir imperceptible. On eut recours à la respiration artificielle par la méthode de Sylvester; après deux ou trois minutes il poussa un faible gémissment; on appliqua alors le réophore d'un appareil galvanique sur la moelle allongée et l'autre sur l'épigastre. L'action du cœur se réveilla instantanément, et l'enfant se remit peu à peu.

Le second fait, que je vous demande la permission de citer, est celui d'une dame qui fut soumise à la chloroformisation le 49 mars 1863, pour une opération plastique sur le périnée. On eut de grandes peines à l'endormir et elle respirait convulsivement; l'opération ne présentait rien de particulier et était à demi terminée, lorsque le pouls s'arrêta brusquement; s'élançant à travers la chambre, le chirurgien saisit une batterie électrique, enleva l'épingle de sa cravate, l'enfonça dans le sterno-mastoïdien et appliqua sur l'épingle et sur un autre point du corps que l'observation ne spécifie pas les éponges des réophores.

L'effet, dit-il, fut magnifique et comme magique; une demi-minute auparavant on était en face d'un cadavre, tandis que chaque établissement ou interruption du courant amenait un soupir. Peu à peu le pouls et la respiration se rétablirent.

Sans doute, dans ce cas, le courant fut appliqué dans la région du nerf phrénique, mais ce n'est pas à la contraction du diaphragme

qu'est dû le succès, car il fut immédiat, et l'on peut dire que c'est primitivement que le cœur a recouvré son action.

Il faut donc, messieurs, reconnaître aujourd'hui que l'insufflation pulmonaire, que la respiration artificielle n'agit point chez l'anesthésié en état de mort apparente comme chez le noyé ou le pendu. C'est en envoyant au cœur l'excitant naturel, le sang, qui réveille son action, qu'agit la respiration artificielle ; elle agit et elle a ressuscité les malades de Ricord, de Snow, de Fergusson, de Demarquay, etc. Il faut donc y avoir recours ; mais ce sur quoi je crois devoir insister, c'est qu'il faut dans ces circonstances recourir simultanément à la galvanisation de la moelle et de la région précordiale, et que la prudence exige que le chirurgien qui anesthésie un malade ait sous la main un appareil galvanique d'une puissance suffisante.

M. BOUVIER. Je ferai une courte réplique aux remarques que l'on a présentées à l'occasion de ma lecture.

1° On a blâmé l'expression d'*asphyxie par le chloroforme*, employée par M. le docteur Friedberg. Je me bornerai à dire que cette expression n'implique pas l'idée que les accidents du chloroforme soient le résultat d'une asphyxie simple. On sait, en Allemagne comme en France, que les causes de la mort sont alors complexes. Ne dit-on pas aussi asphyxie par le charbon, par les fosses d'aisances, quoique le gaz oxyde de carbone, le gaz acide hydro-sulfurique, exercent certainement une action différente de la simple asphyxie ?

2° M. Maurice Perrin a dit que le cas mortel de M. Hüter, sur un enfant de quatre ans, ne devait rien changer aux principes admis touchant les effets du chloroforme chez les enfants. Ce fait modifie du moins certaines conclusions que l'on a déduites de la statistique des morts connues. Ainsi, en 1863, MM. Maurice Perrin et Ludger Lallemand, dans leur excellent *Traité d'anesthésie*, M. Sansom, dans une série d'articles publiés la même année dans le *Medical Times*, ont attribué à l'enfance une immunité qui n'existe pas chez l'adulte relativement à la mort par le chloroforme. Ils se fondent sur le relevé qu'ils ont fait de l'âge des sujets tués par l'agent anesthésique.

Il faut d'abord prévenir ici une équivoque. L'immunité dont on parle n'appartiendrait qu'à la première enfance ; MM. Maurice Perrin et Lallemand l'ont eux-mêmes bien indiqué dans quelques passages, quoiqu'ils aient omis de le faire aussi explicitement dans d'autres. Leur relevé de 77 cas de mort comprend 1 enfant de sept ans, 3 de huit ans, 4 de neuf, 4 de onze, 2 de treize ans. Il n'y a pas de sujet plus jeune, et si l'on écarte le cas de M. Crocket, relatif à un enfant de cinq ans, parce que la cause de la mort n'y est pas bien certaine,

ce serait pour les enfants au-dessous de sept ans que la statistique de 1863 établirait l'immunité du premier âge.

Or, le fait de M. Hüter vient évidemment abaisser encore cette limite, et aujourd'hui ce n'est plus qu'au-dessous de quatre ans que l'on pourra dire que l'enfance s'est montrée, *d'après les cas connus*, indemne de la mort par le chloroforme.

Au surplus, cette période de quelques années après la naissance, sans exemple d'accident mortel par le chloroforme, n'a peut-être pas toute la signification qu'on lui a prêtée. En rangeant par ordre d'âge les sujets des observations réunies par MM. Maur. Perrin et Lallemand, on trouve de semblables périodes sans cas de mort, et on ne peut assurément les attribuer qu'au hasard dans une statistique heureusement insuffisante quant au nombre de ses éléments. Il faudrait au moins, pour donner quelque rigueur à ces déductions, connaître le nombre proportionnel des éthérisations pratiquées chez l'enfant et chez l'adulte, et c'est ce qu'il est impossible de savoir.

3° Pour ce qui est des causes des deux accidents que j'ai rapportés, je ne saurais admettre l'explication qui en a été donnée par mon excellent collègue et ami M. Chassaignac.

L'état des forces, dans le cas de M. Hüter, était le même que chez la plupart des sujets chloroformés sans accident, plus ou moins affaiblis par des maladies ou des souffrances antérieures. M. Sansom va jusqu'à poser en principe, d'après son relevé statistique, que cette débilité relative est une condition des plus favorables pour bien supporter l'anesthésie. Sans adopter cette opinion, je crois que, hors le cas d'épuisement extrême, la proposition contraire ne serait pas plus facile à justifier.

Le déplacement des malades, une fois endormis, n'est certainement pas exempt d'inconvénients; mais je ne puis voir une cause de mort dans le changement de position de cet enfant de quatre ans, qu'on a ôté de la chaise pour le coucher sur un lit à quelques pas de là. Je n'accorde pas plus d'influence au léger soulèvement de la tête opéré par le chirurgien pour faciliter l'introduction du doigt dans le pharynx.

Je suis tout à fait d'accord avec M. Chassaignac sur la nécessité de ne pas perdre de vue un instant les sujets que l'on chloroforme; mais le reproche qu'il adresse à M. Friedberg de s'être détourné de l'enfant près de deux minutes, me paraît reposer sur un malentendu. D'après le texte de l'observation, M. Friedberg n'aurait pas administré lui-même le chloroforme, et dès lors il n'a pas agi autrement que ne le font journellement tous les chirurgiens, obligés, par l'attention que réclame le manuel opératoire, de s'en remettre en partie à

une autre personne pour la surveillance des effets de l'anesthésie.

4° Quant aux moyens opposés par les auteurs des deux observations, aux accidents formidables qu'ils avaient à combattre, je constate avec satisfaction qu'ils ont été conformes aux vues de la plupart des membres de la Société qui ont pris la parole.

Le principal de ces moyens, placé aussi en première ligne dans la discussion, a été la respiration artificielle: On a demandé pourquoi les deux médecins allemands n'ont pas employé l'insufflation bouche à bouche. La réponse à cette question se trouve dans la critique que MM. Chassaignac et Perrin ont faite de ce procédé. Elle se trouve aussi dans le passage suivant de M. Friedberg, que j'avais omis: « Je ne m'arrêtai pas, dit-il, à l'insufflation de l'air par la bouche, car ce procédé est toujours incertain, parce qu'on ne peut pas savoir si tout l'air insufflé ne passe pas dans l'estomac. »

Dans les réflexions dont il a fait suivre son observation, M. Friedberg a également répondu d'avance aux doutes de M. Chassaignac, sur l'utilité de la faradisation du nerf phrénique chez l'enfant rappelé à la vie par notre confrère de Berlin. La part que ce moyen a eue à la guérison lui parait démontrée par le soulèvement de la région épigastrique et l'inspiration analogue au hoquet, qui mirent hors de doute la contraction du diaphragme réveillée par le courant d'induction. Aussi la respiration s'est-elle rétablie avant la circulation, tandis que c'est généralement le contraire en pareil cas. Ce succès de la faradisation entre les mains de M. Friedberg a d'ailleurs déjà cours dans la science, et notre collègue, M. Giraldès, dans son savant article sur les *agents anesthésiques* (*Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*), n'a pas manqué de le rappeler comme un fait désormais acquis.

De nombreuses expériences sur les animaux, faites en commun par la commission de la Société médicale d'émulation et par M. Duchenne (de Boulogne), avaient, dès 1855, montré la puissance de la faradisation du nerf phrénique dans la mort apparente causée par le chloroforme; mais on ne possédait pas encore d'exemple de son efficacité chez l'homme.

Au reste, M. Friedberg ne veut pas qu'on s'en rapporte uniquement à ce moyen; il recommande de lui associer les pressions abdominales; il reconnaît l'utilité de l'insufflation pulmonaire, surtout si l'on n'a pas sous la main un appareil faradique ou si l'on n'est pas assez exercé à s'en servir. Il donnait déjà, en 1858, à la suite de son observation, les utiles préceptes relatifs à l'insufflation laryngienne, sur lesquels M. Perrin a justement insisté, et que la commission de la Société d'émulation avait mis en relief dès 1855.

La trachéotomie, pratiquée par M. Hüter, a été attaquée dans la discussion. Son but et son indication ont été nettement posés dans les écrits les plus récents, dans le *Traité* de MM. Perrin et Lallemand en particulier. M. Friedberg n'a pas négligé d'en fixer l'emploi dans son mémoire de 1858. Il le restreint, comme les praticiens de notre pays, aux cas où l'on ne peut parvenir à introduire la canule laryngienne. Ce n'est donc pas comme remède direct des accidents du chloroforme que l'on conseille cette opération, c'est simplement pour rendre l'insufflation pulmonaire plus facile et plus efficace; c'est aussi dans cette intention que M. Hüter y a eu recours.

M. MAURICE PERRIN. La question qui vient d'être agitée par notre collègue M. Le Fort est tellement grave qu'elle me paraît mériter encore toute notre attention, malgré les nombreuses discussions auxquelles elle a déjà donné lieu. Il s'agit de la nature des accidents observés pendant l'administration des anesthésiques et du meilleur mode de traitement à y opposer.

J'ai entendu avec le plus grand plaisir notre collègue déclarer que, le plus souvent, la mort par le chloroforme était due à une syncope. Je crois pouvoir aller plus loin et ajouter qu'il n'est pas en fait un accident qui ne trouve sa justification la plus simple, la plus complète dans l'apparition de cette syncope accidentelle, empruntant sa gravité aux conditions exceptionnelles dans lesquelles elle se produit. Je développerai les motifs sur lesquels se fonde cette proposition, si l'occasion m'en est offerte.

Pour le moment, fidèle au rôle que je me suis tracé dans cette discussion, je me bornerai à suivre M. Le Fort sur le terrain où il s'est placé, et à démontrer combien est peu fondée l'hypothèse de la mort subite par asphyxie pendant l'anesthésie.

Notre collègue m'a paru admettre, en outre de la syncope, deux autres genres de mort subite rationnellement déduits du mode d'action qu'il attribue aux anesthésiques.

Suivant l'opinion de M. Le Fort, si toutefois je l'ai bien comprise, ceux-ci en imbreigneraient l'organisme à la fois à la façon des alcooliques et des agents asphyxiants. Pour beaucoup de médecins, l'expression d'asphyxie s'applique à tout, comme le faisait tout à l'heure très-judicieusement observer M. Bouvier, aussi bien par conséquent à l'intoxication alcoolique qu'aux autres genres de mort subite. M. Le Fort n'a eu garde de tomber dans cette confusion de langage, puisqu'il a pris soin de spécifier d'une façon distincte et l'action des *alcooliques*, et l'action des *asphyxiants*. Mais alors l'esprit saisit mal comment les mêmes substances, administrées de la même façon et aux mêmes espèces, peuvent produire des effets tout

différents. Ceci serait radicalement contraire à ce que l'on connaît de l'action des médicaments et des poisons. Toujours les effets sont de même ordre, de même nature, soit qu'ils s'exercent sur le sang, soit qu'ils s'exercent sur le système nerveux. Il est clair qu'il ne s'agit ici que des effets principaux, j'allais dire nécessaires, dégagés de tout phénomène contingent ou accessoire qui peut résulter d'une mauvaise administration. Dès lors la proposition de M. Le Fort ne me paraît acceptable, comme base de discussion, qu'avec la modification suivante : les anesthésiques agissent ou bien à la façon des alcooliques, ou bien à la façon des asphyxiants. C'est l'un ou l'autre, mais ce n'est pas, ce ne peut pas être l'un et l'autre.

Notre collègue m'a paru s'attacher surtout à faire revivre une doctrine que je croyais ruinée depuis longtemps, surtout dans le sein de cette Société ; je veux parler de l'asphyxie comme suprême raison d'être des phénomènes réguliers normaux de l'anesthésie progressive.

Pour lui, les anesthésiques introduits dans le système circulatoire agissent sur le globule sanguin de façon à empêcher son oxygénation, et partant à suspendre l'hématose. D'où état asphyxique avec son cortège de symptômes, et en particulier ses effets anesthésiques.

Messieurs, je ne cesserai de le redire, cette hypothèse n'a aucune espèce de fondement. Elle est contraire à l'observation ; elle n'a même pas pour elle l'appui d'une présomption théorique quelconque.

Avant de le démontrer, permettez-moi de bien préciser encore ce que je veux entendre par asphyxie.

Si cette dénomination, qui est redevenue la fosse commune de la nosologie, s'entend dans son acception antique, et s'applique à tout état caractérisé par l'absence du pouls ; si elle convient également à la mort subite par le chaud, par le froid, par le charbon, par la foudre, par les différents gaz toxiques, etc., oh ! j'accorde volontiers qu'elle convienne, au même titre, aux effets toxiques des anesthésiques. Une énigme de plus dans la collection ne nuira guère à la clarté du langage ! Mais qui n'a déjà senti qu'une expression qui peut s'appliquer à tout à peu près indistinctement, n'a plus de signification ni de valeur ?

Il faut la supprimer comme un mot sans idée.

La véritable, la seule asphyxie est l'asphyxie que je voudrais pouvoir appeler physiologique, celle qui a été caractérisée d'abord par Bichat et qui correspond à la désoxygénation du sang à la suite soit de la suspension des actes mécaniques de la respiration, soit d'inhalations dans un milieu privé d'oxygène ou surchargé d'acide carbonique. Au point de vue de ses causes, ce genre de mort subite est bien net, bien précis ; il ne l'est pas moins dans ses effets apparents

sur le sang, dans les troubles fonctionnels qu'il suscite. Le sang coule noir dans le système capillaire, dans les artères, dans le cœur gauche, et, sous son influence, le fonctionnement des grands appareils simultanément frappés s'affaiblit progressivement, résiste en raison de son importance jusqu'à ce que la vie s'arrête sans espoir de retour au dernier battement du cœur. Je ne dis rien des signes nécropsiques, car c'est ici que s'ouvre le champ des illusions et des erreurs.

L'asphyxie ne laisse après elle aucun signe positif qui permette de la reconnaître : l'état du sang surtout devient un guide fort infidèle à cause des phénomènes d'oxydation intra-vasculaires qui se continuent après la mort.

Quoi qu'il en soit, l'asphyxie reste encore un état suffisamment bien défini pour ne pas donner le change à l'observateur. En face d'une mort subite, je croirai à de l'asphyxie lorsque j'en découvrirai les caractères. S'ils n'existent pas, je serai peut-être embarrassé pour donner un nom à l'accident, mais du moins je saurai que ce n'est pas de l'asphyxie.

Et de même si j'entends dans une question quelconque affirmer l'asphyxie, j'aurai le droit et le devoir d'exiger, avant d'y croire, qu'on me la démontre par quelque caractère sérieux.

Messieurs, cette digression dans le champ de la pathologie générale vous paraît peut-être ici bien déplacée. Mais je dois le dire, la question de doctrine est celle qui me préoccupe le moins : je vois derrière elle et au-dessus d'elle une question de responsabilité médicale qui réclame toute notre attention. Je dirai tout à l'heure comment.

La première raison que M. Le Fort a fait valoir en faveur de l'asphyxie est empruntée à des expériences déjà anciennes et relatives à l'action directe des substances anesthésiques mises à l'état liquide en contact avec le sang. Dans ces conditions, le globule sanguin se contracte, se ride, se déforme, perd une partie de son liquide constitutif et devient éminemment impropre à l'hématose. Je récusé toute valeur à des expériences ainsi instituées. Il n'y a aucune parité à établir entre les effets obtenus par des vapeurs introduites dans le sang vivant par l'absorption pulmonaire, et les effets physico-chimiques obtenus directement dans une éprouvette par le mélange artificiel du sang et des anesthésiques à l'état liquide. Sous cette forme, ces agents possèdent, comme on le sait, un pouvoir coagulant très-énergique qui n'a rien de commun avec leur activité toxique; celle-ci leur est spéciale. L'autre est commune à la plupart des agents chimiques. Aussi, au lieu de recourir à cette expérience grossière qui consiste à mélanger directement dans un vase du sang avec de l'éther

ou du chloroforme liquides, si on examine le sang d'animaux profondément anesthésiés, on ne retrouve plus aucune trace du passage ou du séjour de l'agent stupéfiant.

Bien des fois ces recherches ont été faites tant en France qu'à l'étranger : toujours, à l'analyse chimique, au microscope, on reconnut que le sang n'avait subi aucune modification constitutive de quelque ordre que ce soit.

Il est vrai que tout récemment des expériences analogues à celles qui ont été invoquées par M. Le Fort viennent d'être faites par M. L. Hermann dans de meilleures conditions. Je crois devoir en faire mention parce que, selon toute prévision, elles ont échappé aux investigations de notre collègue. Je tiens d'ailleurs à montrer que je n'ai dans cette question aucun parti pris. M. L. Hermann, au lieu d'employer des liquides coagulants, fit des mélanges de sang et de vapeurs anesthésiques qu'il maintint à l'étude durant un certain temps. Sous l'action de ces vapeurs il constata d'abord une déformation des globules, puis un gonflement de ces corpuscules qu'il attribua à une véritable dissolution d'un de leurs principes constitutifs. Ce principe lui paraît identique avec celui qui a été découvert l'année dernière dans le tissu nerveux par M. Liebrich et décrit par lui sous le nom de *Protagon*. Je me réserve d'étudier ce point de vue nouveau ; mais, jusqu'à meilleure information, je me crois autorisé à répudier des expériences qui pèchent encore par la base, puisqu'elles se placent en dehors des conditions du problème qu'elles veulent résoudre. Sans doute M. Hermann, en substituant les vapeurs à leur liquide générateur, a réalisé un progrès ; mais que d'inconnues encore invalident ses résultats ! Encore un coup, pour se prononcer, il faut tout d'abord opérer sur le sang soustrait pendant l'état anesthésique.

A l'appui de sa thèse, M. Le Fort a fait valoir un autre argument qui, pour moi, n'a d'autre valeur que l'appui de sa parole sympathique. Les anesthésiques, a-t-il dit, sont des agents anesthésiques parce que ce sont des substances carbonées. J'avoue que ma raison s'est toujours refusée à comprendre par quelle singulière filiation d'idées on pouvait être amené à conclure qu'un principe était anesthésique parce qu'il était riche en carbone ! Mais toutes les matières organiques sont riches en carbone. Mais à ce titre, le sucre, les graisses, l'amidon, seraient des réceptifs anesthésiques parce qu'ils renferment beaucoup de carbone. J'accorde même qu'il entrerait dans la pensée de M. Le Fort, bien qu'il ne l'ait pas dit, de ne parler que des substances volatiles. L'hypothèse n'est pas même fondée. En veut-on un exemple ? Dans la même série chimique, l'alcool, l'éther sont des anesthésiques ; l'acide acétique, qui est plus riche en carbone, ne l'est

pas! Le degré de volatilité ne vaut pas mieux, puisque l'éther, substance plus volatile que le chloroforme, est un agent beaucoup moins énergique.

D'autre part, si les substances anesthésiques doivent au carbone qu'elles renferment leurs vertus spéciales, elles seront d'autant plus énergiques qu'elles en renfermeront davantage. Il n'en est rien. L'éther, qui a pour formule C^4H^8O , est plus riche en carbone que le chloroforme, qui a pour formule C^3HCl^3 . Et pourtant le premier est beaucoup moins énergique que le second. J'en ai assez dit pour montrer qu'une semblable hypothèse ne supporte un examen un peu attentif par aucun de ses points.

Dans les faits, la clinique ne condamnait pas moins cette doctrine de l'asphyxie. Ici je n'ai qu'à faire appel à vos souvenirs; n'avons-nous pas tous constaté, soit pendant les opérations chirurgicales, soit pendant des expériences physiologiques, qu'au moment où les fonctions du système nerveux sont abolies le sang coule rouge dans les artères? La couleur, comme l'analyse, du reste, témoigne qu'il n'est point désoxygéné. Dès lors, rattacher l'anesthésie à de l'asphyxie, c'est admettre un effet sans cause. Ce qui a contribué surtout à établir cette choquante synonymie contre laquelle je m'élève, c'est que les agents asphyxiants rendent insensibles : comme si la plupart des poisons n'en faisaient pas autant? Eh bien, même à ce dernier point de vue, le confirmer entre les asphyxiants et les anesthésiques n'est pas encore possible.

Plongez deux animaux de même race, de même force, dans un état de mort apparente; l'un avec du chloroforme, l'autre avec de l'acide carbonique. De part et d'autre il ne reste plus pour toute manifestation vitale que quelques frémissements du cœur.

Mettez la moelle à nu chez l'animal asphyxié, les irritants mécaniques provoqueront encore d'énergiques contractions; l'innervation déprimée sous l'action du sang noir vit encore dans les centres. Chez l'animal chloroformisé on pourra piquer, couper, broyer la moelle sans obtenir la moindre réaction : le poison a aboli tout pouvoir excito-moteur. Comme vous le voyez, messieurs, de quelque côté que l'on envisage cette importante question, on arrive toujours à conclure qu'il n'existe aucune parité d'action entre les agents asphyxiants et les poisons anesthésiques.

Ceux-ci, en effet, quels qu'ils soient, qu'il s'agisse de l'alcool, de l'éther, du chloroforme, etc., exercent une action directe, primitive, sur le système nerveux dont ils pervertissent, puis abolissent progressivement les fonctions.

Si, à la période ultime de leurs effets, au moment où s'épuise la

vie organique, on observe quelques symptômes d'asphyxie, ceux-ci ne témoignent que de l'état d'impuissance dans lequel sont plongés tous les reports de la vie végétative. C'est l'asphyxie de l'agonie.

J'espère avoir démontré que les phénomènes réguliers, habituels, normaux de l'anesthésie ne dépendent pas d'un état asphyxique du sang. Je suis dès lors fondé à n'admettre l'asphyxie accidentelle au nombre des causes de mort subite pendant l'anesthésie, qu'autant qu'elle m'aura été démontrée par l'état du sang ou par la privation d'air respirable. C'est ici, messieurs, que la logique des faits conduit irrésistiblement à engager la responsabilité de l'opérateur.

Pour priver le patient d'air respirable au point d'amener la mort par asphyxie avec un corps poreux, comme une éponge ou une compresse avec un liquide qui fournit, au maximum, comme je l'ai démontré ailleurs, 42 à 45 p. 100 de vapeurs, il faut l'oubli de toute règle, il faut, j'allais dire, la volonté de le faire, surtout avec le court espace de temps qui se passe le plus souvent depuis le début des inhalations jusqu'à la mort.

N'en voit-on pas la preuve dans ce que l'on observe pendant l'administration de l'éther ? Ici le liquide est plus volatil et, par conséquent, les vapeurs sont plus abondantes ; ici on se sert d'un appareil imperméable à air confiné dont on coiffe la tête du patient ; on poursuit longtemps l'anesthésie, c'est-à-dire qu'on se place volontairement dans les meilleures conditions pour amener l'asphyxie. Et pourtant vous savez qu'il n'en résulte aucun accident d'asphyxie ; malgré l'insouciance hardiesse avec laquelle on procède, les accidents sont encore très-rares et même contestés, à tort, je le crois, par quelques opérateurs.

Vous voyez, messieurs, combien la question devient sérieuse au point de vue de la responsabilité médicale. Aussi n'est-ce pas sans une véritable émotion que, dans un article qui aurait dû faire autorité en raison de la position officielle de son auteur, j'ai lu tout récemment que l'asphyxie est la cause la plus fréquente de la mort.

Et cette grave objection n'est motivée par aucune critique, par aucun examen des faits ; elle repose tout entière sur une médiocre statistique allemande ! Heureusement encore que le sévère médecin légiste veut bien accorder les circonstances atténuantes en déclarant dans une des phrases suivantes, que l'asphyxie n'implique pas nécessairement une maladresse ni une imprudence.

Pour ma part, je n'accepte pas ces subterfuges. Je prends d'avance toute la responsabilité des cas de mort par asphyxie réelle qui pourront se présenter dans ma pratique, sans le bénéfice même de quelque complaisant spasme de la glotte, mais à une condition : c'est que le

diagnostic sera judicieusement posé et reposera sur d'autres bases que la constatation d'une banale congestion pulmonaire à laquelle le même auteur semble, en pareille matière, attacher une grande importance.

A l'égard du traitement à intervenir, M. Le Fort attache une grande importance à l'électricité employée comme excitant général. Dans le but de ranimer les fonctions du cœur, sans enlever toute valeur à cet agent énergétique, de quelque façon qu'on veuille l'employer, j'estime que, pour la simplicité, l'énergie et la régularité de son action, rien ne saurait être comparé, comme je l'ai déjà dit, à la respiration artificielle pratiquée rapidement, obstinément, à l'aide d'une sonde trachéale et d'un soufflet. Quelle que soit la façon dont on interprète son action directe, elle représente le moyen le plus sûr de réveiller les battements du cœur, de la même façon que tout arrêt brusque et un peu prolongé des mouvements respiratoires constitue un péril pour la circulation. C'est ainsi que s'affirme partout l'étroite et inséparable solidarité qui règne entre ces deux grands appareils.

Je ne voudrais pas terminer sans remercier M. Bouvier des termes flatteurs par lesquels il a bien voulu apprécier mon livre sur l'anesthésie. D'ailleurs, je trouve ainsi l'occasion de donner un mot de commentaires au sujet d'une proposition qui ne lui a pas paru suffisamment explicite. J'ai dit, ce qui d'ailleurs n'est pas contesté, que les enfants jouissaient d'une véritable immunité à l'égard des accidents graves de l'anesthésie. Je n'ai pas spécifié jusqu'à quel âge, comme l'aurait désiré notre collègue. Je ne l'ai pas fait parce qu'il est bien difficile d'être rigoureux en pareille matière sans cesser d'être vrai. Je croyais d'ailleurs avoir été suffisamment explicite pour un autre motif.

J'ai longuement étudié dans mon travail les conditions physiologiques et psychologiques de la syncope. Je suis arrivé à cette conclusion qu'elle est spéciale à l'homme et qu'elle fait son apparition dans la vie humaine en même temps que l'intelligence ; dès lors l'immunité enfantine se limite naturellement à l'époque à laquelle l'enfant commence à devenir raisonnable.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Exostose ostéo-cartilagineuse de l'extrémité inférieure du péroné.

M. BROCA présente, au nom de M. A. Guérin et au sien, une pièce anatomique à propos de laquelle il donne les renseignements suivants.

L'origine de la tumeur remonte à plus de quatorze années. Le sujet

que nous avons opéré a trente ans, et il n'en avait pas encore seize lorsque la tumeur a été découverte. Elle siégeait sur l'extrémité inférieure du péroné, qui, on le sait, ne se soude pas avant l'âge de seize ans. Le malade, qui a étudié la médecine, s'est observé avec soin. Longtemps la tumeur est restée localisée dans la région malléolaire externe. Son accroissement n'a été rapide que depuis deux années; c'est dans ces derniers temps seulement que la peau s'est ulcérée et que la tumeur s'est cariée au niveau des points ulcérés. Le diagnostic exostose ne fut douteux pour personne; mais nous avions espéré que la tumeur recouvrait la partie antérieure de l'articulation et du tibia sans les avoir envahis, et que la résection était encore possible. Nous commençâmes l'opération dans cette prévision, décidés cependant à amputer s'il le fallait. Le malade était prévenu, et c'est, en définitive, à l'amputation qu'il a fallu recourir.

La tumeur a le volume du poing; elle est inégale, mais partout dure à la surface. La coupe verticale faite pendant l'opération permet de s'assurer que l'articulation est saine, que le péroné et le tibia sont restés indépendants, quoique englobés dans la même masse morbide. Ce qui a décidé à amputer, c'est que le tibia lui-même était envahi.

La tumeur présente plusieurs cloisons cartilagineuses, et n'est cependant pas un enchondrôme. Le tissu cartilagineux est particulièrement abondant à sa partie inférieure. C'est en effet vers ce point de la tumeur que s'est prononcé surtout le développement rapide des deux dernières années. On trouve dans cette partie de la tumeur des noyaux ostéo-cartilagineux indépendants; l'un d'eux fait même saillie dans l'intérieur de l'articulation, sans y avoir cependant pénétré. La structure de ces noyaux isolés et leur mode de formation rappellent celui des corps étrangers articulaires. L'examen microscopique démontre que le tissu de la tumeur présente, dans ses parties osseuses et cartilagineuses, la structure du tissu osseux en voie d'évolution dans les extrémités osseuses, tissu décrit par M. Broca sous les noms de tissu spongoïde et chondroïde.

Cette tumeur présente une grande analogie avec celles qui ont été étudiées par M. Broca, sous le titre d'exostoses de croissance. Elle offre, comme celles qu'il a présentées à la Société, cette particularité d'être ostéo-cartilagineuse. Née de la malléole péronière alors qu'elle n'était pas encore soudée au corps de l'os, elle y est restée longtemps attachée. Son développement pathologique, si l'on peut ainsi dire, ne s'étant surtout prononcé que dans les deux dernières années, on ne s'est décidé à l'opération qu'à une époque où l'envahissement du tibia obligeait à amputer la jambe. Il est à présumer que le tibia n'a été que secondairement envahi, alors que la tumeur est venue à

son contact. Au point de vue pratique, il est donc permis de conclure qu'une opération faite il y a quelques années aurait pu assurer la guérison au prix d'une simple résection de la malléole externe.

M. LARREY a communiqué autrefois à la Société un fait qui peut être rapproché sous certains rapports de celui de M. Broca. Il s'agissait d'une tumeur à myeloplaxes, dont M. Eugène Nélaton a rapporté l'observation dans sa thèse. Elle avait pris naissance sur l'extrémité inférieure du radius. Elle remontait à l'enfance, n'avait pris un développement rapide que pendant l'adolescence. En commençant l'opération, M. Larrey espérait aussi s'en tenir à la résection. Il fallut amputer l'avant-bras.

Fractures multiples de l'omoplate, de la clavicule, de l'humérus droits, avec luxation de l'épaule et pseudarthrose du corps de l'humérus.

M. LABORIE présente à la Société des pièces anatomiques montrant les lésions multiples dont la description a été faite dans l'observation suivante par M. Biquis du Séjour, interne à l'Asile impérial de Vincennes.

Au mois de décembre 1852, il y a quatorze ans, le nommé R..., ouvrier mécanicien, voulut replacer sur la gorge de sa poulie une courroie de transmission qui s'était dérangée. Pour exécuter ce travail il eut l'imprudence de monter à une échelle appuyée au bâti de la machine sans que celle-ci fût arrêtée. La manche droite de sa chemise fut saisie par une roue dentée, et il se trouva violemment attiré vers les engrenages. Avant qu'on eût pu venir à son aide, toute la puissance de la machine s'était appesantie sur l'épaule et le bras droit et y avait produit d'affreux désordres, consistant en fractures de la clavicule, de l'omoplate, du corps de l'humérus, et en une luxation en arrière de la tête humérale, le long de l'épine de l'omoplate.

Si les renseignements que cet homme nous donna sont exacts, au bout de trois mois les fractures de l'omoplate et de la clavicule se seraient consolidées. Quant à celle de l'humérus, elle offrait exactement la même mobilité qu'au jour de l'accident. Il suffit, pour expliquer la non-réunion des fragments, de rappeler combien il devait être difficile d'appliquer au bras un appareil de contention efficace. Est-ce à cette cause ou bien à l'interposition de masses musculaires entre les fragments, ou bien encore à la diathèse tuberculeuse qu'il faut imputer le défaut de consolidation de l'humérus? Nous ne savons

qu'en dire. En vain avait-on recours aux vésicatoires volants, aux sétons, aux aiguilles, à la résection même.

L'emploi de tous les moyens chirurgicaux connus n'avait pu déterminer le travail préparatoire du cal, et cet homme, au bout de neuf mois de séjour à l'hôpital, avait pris le parti de ne pas attendre davantage et de retourner à ses travaux en portant autour du bras une sorte de cuirasse qui lui permit autant que cela lui était possible l'usage du membre.

Quatorze années se sont écoulées depuis l'accident qui a si cruellement mutilé cet homme ; mais le temps n'a point amélioré ses infirmités. La consolidation de l'épaule s'est, il est vrai, assurée. Néanmoins cette épaule n'a rien gagné sous le rapport de la mobilité, car les luxations dont elle est le siège se sont définitivement établies.

Quant au bras, les deux fragments n'en sont unis qu'au moyen d'une pseudarthrose. Cette fausse articulation est située au milieu du corps de l'humérus. Il y a en ce point un étranglement entre les deux fragments, étranglement au niveau duquel le malade peut imprimer aux parties molles un mouvement de torsion en pas de vis. Tout le membre est amaigri et a subi un commencement d'atrophie.

L'épaule n'a plus que des mouvements d'adduction très-légers. Les mouvements d'adduction, d'avant en arrière et d'arrière en avant, sont presque complètement abolis.

Le malade ne peut faire usage de son bras qu'autant que les fragments sont soutenus par la cuirasse dont nous avons parlé. La seule chose qu'il puisse faire est de prendre un objet de la main gauche, un verre, un livre, et de le placer dans la main droite, dont les muscles fonctionnent encore. L'objet est-il un peu lourd, comme une chaise, cet homme l'accroche de la main droite et le porte au bout du bras pendant.

Voilà les seuls services à attendre d'un bras si mutilé. Si précaires qu'ils soient, on ne s'étonnera pas que cet homme ait repoussé l'idée de les étendre par une intervention chirurgicale. Nulle opération d'ailleurs n'eût pu être tentée avec succès, chez un individu si complètement parvenu au terme de la cachexie tuberculeuse, qu'entré à l'Asile impérial de Vincennes, le 29 avril, il y périssait le 26 mai.

Les désordres si nombreux que nous avons signalés ont imprimé aux formes extérieures de l'épaulé une physionomie toute particulière.

Le creux sus-claviculaire est très-prononcé à cause de la maigreur du sujet. La clavicule le limite en bas par une ligne transversale qui, au lieu d'affleurer sous la peau dans toute son étendue, s'enfonce en arrière vers les parties molles profondes, dans sa partie externe. Audessous de la clavicule commence la paroi antérieure du creux axil-

laire. La peau s'y déprime assez profondément vers le creux que nous venons de nommer. Une saillie, formée par l'apophyse coracoïde qu'on voit pointer sous la peau, partage cette paroi antérieure du creux de l'aisselle en deux grandes gouttières verticales, l'une interne, comprise entre l'apophyse coracoïde et le sternum, l'autre externe, entre l'apophyse coracoïde et le moignon de l'épaule. Cette dernière présente une bride transversale formée par une corde ligamenteuse tendue sous la peau.

Pour le moignon de l'épaule, il a tout à fait perdu sa forme arrondie. A sa partie antéro-interne existe une sorte de palette sous-cutanée formée par la face supérieure de l'acromion devenue face antérieure. Celle-ci, comme nous le verrons, a donc quitté sa place ordinaire à la partie supérieure et externe du moignon. Là, au lieu d'une saillie on trouve un méplat, et, en continuant à descendre au-dessous du méplat, une espèce de globe qu'on devine formé par la tête de l'humérus. Tout cela est recouvert par un deltoïde aminci, sillonné de gouttières verticales.

La dissection nous fit trouver sous la peau très-peu de tissu cellulo-grasieux. Nous pûmes constater que les muscles étaient tous, sans exception, atrophies ; tous avaient subi un commencement de dégénérescence graisseuse.

Tous les muscles s'insèrent comme sur un membre sain, et il n'y a eu de changé que leurs rapports avec les parties osseuses. Ces changements dans les rapports s'expliquent par les déformations et les déplacements qui ont atteint les os, déplacements et déformations que nous voilà maintenant amené à exposer.

La clavicule a été fracturée en un seul point. La fracture, consolidée du reste, siège à l'union de la tête acromiale avec le corps de l'os. Il s'en est suivi un changement dans la direction des fragments. Ils forment entre eux un angle très-ouvert en avant.

Les lésions osseuses se sont surtout accumulées sur l'omoplate. Cet os n'a plus sa forme primitive. Il s'est courbé en avant autour d'un axe oblique, situé au-dessous de la cavité glénoïde en dehors et aboutissant en dedans au-dessous de la naissance de l'épine. Cette ligne partage l'omoplate en deux moitiés, l'une supérieure, l'autre inférieure ; après un mouvement de bascule de la plus élevée sur la plus basse, elles se sont inclinées l'une sur l'autre d'arrière en avant. Le sommet de l'angle ainsi formé fait saillie dans la fosse sous-épineuse ; l'ouverture de l'angle se présente à l'opposé dans la fosse sous-scapulaire. A quelle cause rapporter cette disposition singulière de l'omoplate ? L'os s'est-il incurvé ainsi autour d'un axe oblique, de lui-même et pour favoriser les mouvements du membre ? ou bien y a-t-il

ou une fracture dont le trait aurait été l'axe que nous venons de nommer ? Nous penchons plutôt pour cette hypothèse, et d'autant qu'on trouve à la partie la plus externe, vers le bord axillaire, une vaste perte de substance, une sorte de fenêtre ovale par laquelle le muscle sous-scapulaire se trouve en contact avec le sous-épineux. Ce qui nous enhardit encore à soutenir cette opinion, c'est que bien certainement il existe une fracture dans la fosse sus-épineuse. Le trait de cette fracture a déterminé la formation d'un fragment ou esquille triangulaire, incomplètement rattaché au reste de l'os, en sorte qu'on trouve là une fenêtre ovale analogue à celle que nous avons signalée tout à l'heure. Ce dernier rapprochement nous paraît significatif.

L'apophyse coracoïde, elle aussi, a été brisée. Le trait de la fracture est transversal et a partagé cette apophyse en deux fragments. Le plus antérieur s'est incliné sur le plus postérieur à angle droit et la face supérieure est ainsi devenue antérieure. C'est elle qui faisait saillie sous la peau de la paroi antérieure du creux de l'aisselle.

Ce n'est pas tout encore, l'épine de l'omoplate a subi au moins deux fractures : l'une dans son corps, l'autre à sa jonction avec l'acromion. Cette dernière apophyse, complètement séparée de l'épine, a été attirée en dedans, en avant et en bas de manière à former un angle droit avec sa direction première. Elle est ainsi descendue à la partie antérieure du moignon de l'épaule, sous la peau de laquelle elle fait une saillie parallèle à celle de l'apophyse coracoïde. La voûte acromiale a donc disparu à la partie supérieure du moignon, et là, au lieu de présenter une forme arrondie, l'épaule se creuse d'un méplat.

Pour en finir avec les fractures, citons enfin celle qui a atteint l'humérus au milieu de son corps. Elle est oblique. Chacun des fragments se regarde par une surface pointue irrégulière, sans trace de canal médullaire.

Les déplacements inséparables de pareilles fractures ont entraîné de curieuses modifications dans la disposition des surfaces articulaires.

L'articulation sternale de la clavicule a présenté un violent diastase.

Quant à l'articulation acromiale du même os, elle offre une disposition des plus singulières ; la fracture de l'acromion s'est accompagnée d'une rupture complète des ligaments acromio-claviculaires. Les surfaces osseuses se sont quittées. Tandis que l'acromion a été poussé en dedans et en avant, la clavicule a été repoussée en arrière et la tête de cet os est venue s'appliquer contre le bord antérieur de l'épine de l'omoplate à la naissance de l'acromion. Il s'est fait là une soudure osseuse formant une ankylose complète.

Le changement de direction de la clavicule a découvert entre elle et l'acromion un espace triangulaire augmenté par la rupture des ligaments conoïde et trapézoïde. Un ligament de nouvelle formation acromio-claviculaire a rempli ce vide et c'est son bord antérieur tranchant qui forme une bride sous-cutanée dans la gouttière verticale signalée à la partie antérieure du creux de l'aisselle.

L'articulation scapulo-humérale est le siège de désordres non moins importants. Il y a là une luxation postéro-interne, qui se rapproche de la variété sous-épineuse. Voici comment les choses se sont passées : la cavité glénoïde s'est comblée au moyen d'une substance osseuse de nouvelle formation. Il s'est fait alors une nouvelle facette glénoïdale aux dépens du rebord postérieur de l'ancienne fosse glénoïde. Cette facette nouvelle est à angle droit avec la première. Elle est du reste trop petite pour répondre à toute la surface formée par la tête de l'humérus. Aussi les bords en sont-ils entourés par un bourrelet circulaire de tissu fibreux qui augmente l'espace articulaire, tandis que le fond est doublé de fibro-cartilage.

La tête de l'humérus ne répond plus à la nouvelle facette glénoïdale par la portion articulaire globuleuse. Celle-ci est libre. Il s'est fait sur le trochantère une facette articulaire, répondant à la facette nouvelle de la cavité glénoïde. C'est par ces surfaces que l'omoplate et l'humérus sont en rapport. La portion globuleuse de la tête humérale, celle qui formait autrefois la portion articulée, est aujourd'hui tout à fait libre, et même, débordant la nouvelle facette articulaire, glénoïdale, elle se trouve un peu reportée vers l'épine. Quant à l'ancienne capsule fibreuse, elle a disparu ; des liens très-courts maintiennent les nouveaux rapports. L'agent de contention le plus efficace aujourd'hui, réside dans les muscles voisins. La longue portion du biceps ne bride point ici de haut en bas la tête de l'humérus, comme dans une articulation saine ; car cette tête est reportée en arrière, et ce long tendon repose à vide sur l'ancienne cavité glénoïde. Mais la contention est assurée au moyen des tendons du sous-scapulaire, du sus-épineux, du sous-épineux et du petit rond, qui brident transversalement la tête humérale.

L'on sent combien une articulation dans l'état que nous venons de décrire doit être peu mobile. Nulle laxité en effet dans les liens fibreux qui entourent les surfaces de glissement, et assurent leur contact. Il ne pourra donc y avoir que des mouvements de peu d'étendue. Les mouvements d'avant en arrière sont bornés par l'épine ; ceux d'arrière en avant le sont par l'acromion, et sont par conséquent presque abolis. Restent les mouvements d'adduction.

Nous n'avons plus maintenant qu'à faire connaître la pseudarthrose

humérale. Aucune substance osseuse interposée entre les fragments de l'humérus n'a pu les réunir. La continuité du membre est seulement établie par les muscles biceps, coraco-brachial, brachial antérieur, qui, après s'être transformés en tissu fibro-celluleux au niveau de la fracture, forment autour des fragments un manchon blanchâtre adhérent au pourtour des os. Il reste entre les fragments de ceux-ci une solution de continuité, que rien n'a comblée, et qui est assez grande pour qu'on puisse tordre le bras en vis de pression.

Il n'y avait du reste ni lésion nerveuse, ni lésion vasculaire.

En résumé, les lésions observées chez l'homme dont l'histoire vient de nous occuper ont atteint les trois os du membre supérieur, la clavicule, l'omoplate surtout, et enfin l'humérus.

De ces lésions, les unes consistent en des déplacements osseux, les autres, en des déplacements articulaires.

Les déplacements osseux intéressent principalement la direction primitive de l'omoplate, qui s'est courbée en avant, comme si elle avait tourné autour d'un axe transversal. Un autre déplacement des plus importants a atteint tout l'ensemble de la voûte acromiale.

Ces déplacements osseux sont le résultat de fractures. La clavicule en compte une consolidée ; l'omoplate, deux à coup sûr et peut-être trois ; celles-là sont encore toutes consolidées. A l'humérus, la fracture est restée sans consolidation.

Quant aux déplacements articulaires, on les observe aussi aux trois os. A la clavicule c'est la tête acromiale qui, au lieu de s'articuler avec l'acromion, s'est soudée avec l'épine.

Dans l'articulation scapulo-humérale, on reconnaît une luxation postéro-interne avec formation d'une nouvelle cavité glénoïde. Il s'est fait une articulation là où il n'en devait pas exister. A l'humérus il y a pseudarthrose.

Telles sont les nombreuses lésions qui, suivant une expression qu'on nous passera, j'espère, ont fait de cet homme un musée pathologique.

La séance est levée à six heures moins un quart.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 20 JUIN 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit :

Les journaux de la semaine ;

Le *Bulletin de la Société médicale des sciences du grand-duché de Luxembourg*, 1865 ;

Les *Bulletins de l'Académie royale de médecine de Belgique* ; 1866, tome IX, fascicules 3 et 4.

— M. MATHIEU adresse, pour être soumis à l'examen de la Société, un collier en cuir moulé, renforcé de lamelles en acier, destiné à fixer le col dans les divers cas de torticollis.

— M. LARREY dépose sur le bureau, de la part de l'auteur, une brochure intitulée : *De l'unité professionnelle de la médecine*.

— M. TRÉLAT fait hommage à la Société, de la part de M. le docteur Vacher, d'un tableau graphique représentant la mortalité et l'état météorologique de Paris en 1865.

— M. LABBÉ présente, de la part de M. Picantin, externe des hôpitaux, un instrument pour couper le prépuce.

— M. LARREY rappelle à ce propos qu'il y a plusieurs instruments de cette espèce ; il en a lui-même présenté un à la Société de la part du docteur Chauvin. Il est d'avis que ces instruments, quelque ingénieux qu'ils soient, sont d'une bien médiocre utilité.

DISCUSSION.

Accidents dus au chloroforme.

M. CHASSAIGNAC. J'ai à donner quelques explications sur les points où je ne suis pas d'accord avec mon excellent et savant collègue M. Bouvier.

Il est permis de croire qu'il y a aujourd'hui des règles précises pour l'administration des anesthésiques, et que certains résultats dus à l'observation restent bien acquis.

Ainsi je pense que l'innocuité habituelle du chloroforme administré aux jeunes enfants est un fait bien établi. C'est au grand bénéfice des

enfants et des parents que cet agent précieux est si souvent employé pour faire un diagnostic ou pratiquer une opération. J'ai voulu réagir contre le trouble que pourraient jeter dans l'esprit des médecins les faits communiqués par M. Bouvier.

J'ai cherché s'il n'y avait pas eu de fautes commises. L'enfant qui a succombé était à peine convalescent de scarlatine. J'admets, comme notre collègue, que la débilité des sujets n'est pas une contre-indication à l'emploi du chloroforme, mais on ne saurait contester qu'un semblable état ne favorise les troubles circulatoires, et qu'il ne faille alors redoubler d'attention et de sévérité dans l'application des règles établies et acceptées.

L'enfant a été chloroformé assis, puis, lorsque l'on s'est aperçu des premiers accidents, brusquement changé de position. S'il est une règle absolue, c'est bien celle qui indique d'éviter en tout état de santé de donner le chloroforme autrement que dans le décubitus horizontal.

L'influence des déplacements, des changements brusques de position est moins démontrée, mais elle est fâcheuse. M. Bouvier, sans accepter la pratique des Anglais, m'objecte qu'ils transportent chloroformés les malades de leur lit dans la salle d'opération; mais ils les transportent couchés. Je ne veux pas dire que la mauvaise position donnée au petit malade a été la cause de la mort, mais l'expérience aujourd'hui bien acquise me donne le droit d'affirmer que c'est une faute.

J'ai fait remarquer encore que, pendant une minute et demie environ, l'attention du chirurgien avait été détournée. Sans doute, je ne voudrais pas imposer à l'opérateur le devoir de faire son opération et de surveiller le chloroforme. Il peut et doit s'en remettre à un aide instruit et expérimenté. Mais il y a pour le chirurgien lui-même une période de vigilance obligée. Elle s'étend jusqu'au moment où s'est franchement établie la tolérance de l'anesthésique; lorsque le sommeil est calme, la respiration et la circulation régulières, l'insensibilité complète, le chirurgien peut commencer l'opération. Il peut alors lui consacrer toute son attention, mais il est toujours imprudent de commencer plus tôt.

Je ne répondrai qu'un mot à M. Perrin. La doctrine qu'il défend avec une si entière connaissance du sujet est parfaitement fondée. Je trouve cependant que notre collègue est trop exclusif lorsqu'il explique par la syncope tous les accidents qui surviennent pendant la chloroformisation. Je crois que dans les chloroformisations complètes, et un peu prolongées, il y a un certain degré d'asphyxie.

J'ai souvent vu en semblables circonstances le sang artériel bleuir; j'ai dit, pour exprimer ce fait, qu'il se cyanosait. Vienne une syncope

et le sang ainsi modifié sera peu apte à rétablir l'action du système nerveux. Maintenant il y a des cas où l'asphyxie peut dépendre de la méthode employée. Il faut donc en tenir compte; et en admettre la possibilité.

M. BOUVIER. Je pense comme M. Chassaignac que la syncope n'est pas la seule cause de la mort pendant la chloroformisation. M. Perrin n'a pas cité dans son livre une expérience de M. Faure qui me semble très-concluante en faveur de l'asphyxie. Ce médecin endort un chien en lui faisant aspirer des vapeurs de chloroforme par un tube introduit dans la trachée. L'animal endormi, le tube est poussé dans une bronche. Les vapeurs anesthésiques n'arrivent plus dès lors que dans un poumon. L'autre fonctionne librement. Des quantités doubles et triples de chloroforme sont versées dans l'appareil, l'animal se réveille. Il est à plus forte raison impossible d'obtenir ainsi l'anesthésie chez un animal non chloroformé préalablement.

M. PERRIN. J'ai étudié et examiné avec d'autant plus de soin l'expérience de M. Faure, que je ne suis pas de son avis. Je l'ai répétée plusieurs fois, j'ai souvent examiné les poumons chez les animaux chloroformés. Je n'ai jamais constaté cette action spéciale, cette modification du tissu pulmonaire signalée par M. Faure. Comment comprendre l'instanlanéité d'action de l'agent anesthésique, si l'on invoque cette action organique défendue par M. Faure? Dans l'expérience rappelée par M. Bouvier, il est facile de comprendre pourquoi l'anesthésie cesse ou ne se produit pas, si l'on réfléchit que la surface absorbante est diminuée de moitié. Il faut, pour que les actions médicamenteuses ou toxiques se produisent, qu'un rapport nécessaire soit établi entre l'absorption et l'élimination; qu'une quantité déterminée de la substance active soit présente à un moment donné dans l'économie. Cette proportion détruite, l'effet s'arrête où ne se produit pas.

M. Chassaignac nous a rappelé ce qui arrive dans les anesthésies prolongées qu'il a si bien étudiées. Le sang perd de sa rutilance, cela est certain. L'hématose est en souffrance; il arrive un moment où le sang artériel brunit; mais c'est là un effet consécutif, justifié par l'état de torpeur prolongé dans lequel sont plongées les puissantes inspirations. Et alors même le sang artériel est brun, couleur lie de vin, comme dans l'agonie, mais jamais noir-bleu comme dans l'asphyxie proprement dite. D'ailleurs, des recherches très-nombreuses ne permettent pas de douter que la perte de sensibilité ne survienne sans que le sang artériel change de couleur.

Je n'ai pas nié que l'état particulier du sang, rappelé par M. Chassaignac, ne puisse jouer un rôle secondaire, mais, je ne saurais accep-

ter la doctrine de l'asphyxie comme explication de la mort subite sous le chloroforme. Je me suis attaché à poser des préceptes très-précis relativement à ces questions de doctrine, parce qu'elles dominent la pratique.

Si l'on me démontrait l'asphyxie chez un malade mort pendant la chloroformisation, je dirais que l'asphyxie est due à un mode vicieux d'administration de l'agent anesthésique. L'éthérisation nous montre combien l'asphyxie est pour ainsi dire difficile à déterminer. Beaucoup plus volatil que le chloroforme, l'éther se mélange en proportion beaucoup plus grande à l'air respiré, et de plus, on laisse le sujet respirer à la fois, dans le sac à éthérisation, l'air chargé de vapeurs anesthésiques et des produits de son expiration; il n'y a cependant pas asphyxie. Pour la produire il faudrait le vouloir, car il n'y a rien de brusque dans son apparition, l'asphyxie vraie est progressive; il n'en est malheureusement pas de même de la syncope.

M. LE FORT. Je crois, pour ma part, que le chloroforme agit comme les alcooliques d'une manière directe sur le système nerveux, mais qu'il a aussi sur les globules sanguins une action particulière. Il les rend impropres à l'oxygénation par suite d'une action spéciale, différente de celle de l'acide carbonique parce que le globule reste rouge. Mais il n'en a pas moins perdu la faculté de l'oxygénation; les expériences faites par Sansom me paraissent très-probantes. Il faut admettre, en somme, un mode particulier d'asphyxie, causée non par la privation de l'air respirable, mais par l'inaptitude des globules à en subir l'impression. Je diffère donc en ce point de M. Perrin, qui n'admet que l'action primitive du chloroforme sur le système nerveux.

M. PERRIN. Je suis obligé, pour répondre à M. Le Fort, de revenir sur des points déjà discutés.

Les expériences faites artificiellement par le mélange du sang et des substances anesthésiques ne peuvent rien prouver.

D'ailleurs, l'action des anesthésiques sur le globule sanguin, ainsi déterminée, ne serait plus une action asphyxique, mais bien une action toxique analogue à celle de l'oxyde de carbone. L'état asphyxique résulte essentiellement du défaut d'oxygénation du sang, par suite de l'accumulation dans ce liquide d'acide carbonique et non d'autre gaz.

Il est difficile de contester d'une manière absolue l'action spéciale des anesthésiques sur le globule sanguin, ce qui serait de ces agents des poisons du sang. Mais cela est précisément à démontrer, non pas en opérant sur des mélanges artificiels, mais en agissant sur du sang soustrait à un animal en état d'anesthésie. Tant que la preuve n'aura

pas été faite dans ces conditions, l'assertion de M. Le Fort reste à l'état d'hypothèse d'autant moins acceptable, que cette action toxique du chloroforme sur le sang exclurait son action si incontestable sur le système nerveux. J'ajouterai, en terminant, que si l'on voulait transformer le chloroforme en poison du sang, comme l'oxyde de carbone, il faudrait montrer qu'il forme, comme ce dernier, une véritable combinaison avec le globule sanguin, ce qui est contraire à l'expérience. Un simple courant d'air que l'on fait passer à travers du sang contenant du chloroforme suffit pour l'entraîner comme on entraîne l'acide carbonique. Il n'en est pas de même de l'oxyde de carbone qui, quoi que l'on fasse, restera fixé au globule du sang.

PRÉSENTATION DE PIÈCE ANATOMIQUE.

Phlegmon péri-utérin.

M. A. GUÉRIN. Avant les travaux de M. Bernutz, le phlegmon péri-utérin passait pour une maladie commune dont l'existence ne pouvait faire de doute pour personne. M. Bernutz, en démontrant que les tuméfactions péri-utérines étaient dues à des pelvi-péritonites, c'est-à-dire à des inflammations péritonéales et non plus à l'inflammation phlegmoneuse du tissu cellulaire sous-péritonéal, est venu changer la face de la question. Il est aujourd'hui nécessaire de prouver que cette inflammation existe, et c'est ce que démontre bien la pièce que j'ai l'honneur de vous présenter.

Les autopsies sont très-rares, ce serait cependant le seul moyen de juger la question, car le diagnostic sur le vivant est chose fort difficile, sinon impossible dans bien des cas. Je suis en quelque sorte à la piste des autopsies de cette espèce; voici la première fois que je puis démontrer, pièces en mains, la réalité de l'inflammation sous-péritonéale péri-utérine. Je suis donc disposé à croire à la grande fréquence de l'inflammation du péritoine pelvien.

Dans le cas actuel, il s'agissait d'une femme encore jeune, affectée de pertes utérines abondantes et souffrant depuis le commencement du mois de mai de douleurs abdominales, chez laquelle je trouvai seulement dans le col une tumeur polypiforme. Je l'opérai le 7 juin; elle est morte peu de jours après, avec tous les symptômes d'une péritonite généralisée. Je fus donc surpris de n'en pas trouver traces à l'autopsie. Je puis par contre vous montrer : 1° une infiltration de pus dans tout le tissu cellulaire du petit bassin; 2° un abcès situé sous le cul-de-sac vésico-utérin. Le péritoine est parfaitement sain, l'abcès peu volumineux communique par une perforation du tissu de l'utérus avec la cavité du col. Le siège de cette collection purulente

est d'autant plus remarquable que l'on a hié en particulier le phlegmon sous-péritonéal en avant et en arrière de l'utérus.

M. CHASSAIGNAC. Le tissu de l'utérus a-t-il été entamé pendant l'opération, y avait-il une métrite parenchymateuse ?

M. A. GUÉRIN. Le corps de l'utérus est d'un très-petit volume et parfaitement sain, ainsi que les annexes; le col seul était malade. Le polype ressemblait à une masse fibrineuse, il était assez mou et assez peu adhérent pour que j'aie pu le détacher avec le doigt sans le moindre effort. Le tissu de l'utérus n'a donc pu être entamé. La nature du polype et de la lésion du col est encore douteuse. M. Ordoñez croit que la tumeur enlevée est épithéliale; le col, aujourd'hui ramolli par un commencement de putréfaction, était ferme et résistant au moment de l'autopsie. Je crois pouvoir dire que la perforation est le fait de l'abcès et de l'inflammation et non de la manœuvre facile et simple exécutée avec le doigt. Une fois les phénomènes inflammatoires déclarés, j'ai évité de toucher; j'étais d'ailleurs convaincu qu'il s'agissait d'une péritonite. Ce qui me semble bien établi par ce fait, c'est la réalité de l'inflammation phlegmoneuse du tissu cellulaire péri-utérin.

M. BLOT. Les difficultés de diagnostic signalées par M. Guérin ne sont que trop réelles. Je constatais dernièrement, chez une dame déjà âgée, des tumeurs du petit bassin, appréciables par le toucher abdominal et vaginal; elles s'accompagnaient de douleurs, de battements artériels. Je pensai à un phlegmon péri-utérin, mais tel ne fut pas l'avis de MM. Velpeau et Ricord. Nos éminents collègues soupçonnèrent des tumeurs fibreuses ou cancéreuses. Cependant, la tuméfaction, qui avait débuté à droite, disparaissait et se montrait à gauche, une fusée gagnait la paroi abdominale et il se formait un épanchement ascitique qui n'a pas tardé à devenir abondant. Il est donc souvent difficile de se prononcer lorsque l'on est en présence de certaines tuméfactions ou tumeurs du petit bassin.

M. DEPAUL. S'il est des médecins qui ne croient pas à l'inflammation du tissu cellulaire pelvien et péri-utérin, et qui n'admettent que la pelvi-péritonite, je crois cette opinion exclusive peu acceptée de ceux qui voient des malades et font des autopsies. Les occasions ne sont pas rares, chez les accouchées, de démontrer le fait anatomique sur lequel insiste aujourd'hui M. Guérin. Le cas dont il nous entretient n'est pas unique, et l'opinion qu'il contredit moins établie qu'il ne suppose. Ce fait n'est exceptionnel que par les conditions dans lesquelles il s'est présenté. Il y avait une lésion mal déterminée et probablement ancienne du col, il y a eu des contusions ou tout au moins des froissements exercés pendant l'opération. C'est, en général,

sous l'influence de l'accouchement que se produit l'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin, c'est dans ces conditions qu'il convient surtout de les étudier.

Je reconnais que le diagnostic est fort difficile, mais je répète que les autopsies démontrent les inflammations phlegmoneuses sous-péritonéales. On avait affirmé aussi que le tissu de l'utérus ne pouvait supputer. Dans le cas qui a servi de point de départ à la discussion de l'Académie sur le redresseur de l'utérus, il y avait un abcès dans le tissu même de l'organe. A plus forte raison peut-on en voir autour. J'en ai vu en particulier, là même où M. Guérin vient de vous en montrer un nouvel exemple. Il est des cas où le phlegmon naît dans le tissu cellulaire du petit bassin loin de l'utérus, avec lequel il ne vient que consécutivement se mettre en rapport. On voit même ces abcès s'ouvrir dans la cavité de cet organe. J'en ai observé dernièrement encore un bel exemple. La réalité des phlegmons et abcès péri-utérins ne saurait être contestée, seule la question de fréquence relative est en jeu.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN. J'ai observé aussi bon nombre de collections purulentes dans le bassin. Les unes ont tendance à se faire jour au-dessus du ligament de Fallope, d'autres à travers les organes pelviens, ou bien encore par l'échancrure sciatique. Il est nécessaire dans certains cas d'en pratiquer l'ouverture, sous peine de les voir s'étendre et envahir le tissu cellulaire rétro-péritonéal dans la région lombaire et jusqu'au diaphragme.

M. A. GUÉRIN. J'ai été mal compris par M. Depaul. J'admets le phlegmon péri-utérin, et je sais qu'il y a des médecins qui vont jusqu'à nier la pelvi-péritonite. J'ai dit que les travaux de M. Bernutz nous avaient mis en demeure de démontrer par des autopsies la réalité de l'inflammation péri-utérine, et je crois d'autant plus important de le faire que les autopsies sont rares. Je ne puis admettre que dans tous les cas il faille rattacher ces inflammations à l'accouchement, et que le fait que je présente soit exceptionnel. J'ai vu des inflammations survenir à la suite de l'application du spéculum. Il est bien d'autres causes plus graves qui peuvent les provoquer en dehors de la parturition. L'influence de l'opération est incontestable chez ma malade. Si une manœuvre aussi simple a pu provoquer une réaction aussi intense, ne faut-il pas reconnaître qu'il n'est pas toujours besoin de la puerpéralité pour faire naître les phlegmasies péri-utérines !

PRÉSENTATION DE MALADE.

Exostose de croissance.

M. LABBÉ. J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société une jeune fille âgée de quinze ans, chez laquelle existe une exostose située à la partie postérieure de l'extrémité inférieure du radius; cette tumeur présente le volume d'un gros marron; son extrémité inférieure répond à environ un centimètre au-dessus de l'interligne articulaire du radius. Elle paraît avoir pris naissance au niveau du cartilage épiphysaire, et je suis disposé à voir ici un de ces exemples d'exostose de croissance, dont M. Broca nous a donné la description, et que M. le docteur Soulié a particulièrement étudiés dans sa thèse inaugurale. •

Cette tumeur a pris naissance il y a deux ans, son développement a d'abord été assez lent, mais depuis quatre mois elle s'est accrue d'une façon très-notable. Au premier abord, lorsqu'on examine la tumeur, on croit à sa mobilité, mais un examen plus attentif conduit à cette conclusion que l'exostose est intimement adhérente à la face postérieure du radius. Cette tumeur n'est le siège d'aucune douleur, mais si l'on admet le diagnostic que je viens d'indiquer, on est en droit de redouter son accroissement rapide; et la communication de M. Broca, faite dans la dernière séance de la Société, nous a nettement démontré que ces sortes de tumeurs peuvent acquérir un volume considérable, envahir l'os voisin, l'articulation elle-même, et donner lieu à la nécessité d'une amputation. Aussi je sou mets cette malade à l'examen de mes collègues, pour savoir s'ils seraient, comme moi, d'avis que l'ablation de cette exostose est indiquée dès à présent.

M. BROCA. M. Labbé me demande si l'opération est indiquée. Il y avait à résoudre une première question, celle de la mobilité de la tumeur. Elle m'avait paru mobile à un premier examen. j'ai maintenant acquis la conviction de sa continuité avec le radius. Mobile, elle eût été enlevée avec tant de facilité que l'opération ne pouvait être discutée. Faisant corps avec l'os, l'opération est plus difficile et un peu plus sérieuse. Je crois néanmoins qu'il faut opérer. La tumeur est manifestement en voie d'accroissement, et nous savons jusqu'où peut aller cet accroissement. Elle n'a aujourd'hui aucune connexion avec l'articulation, elle pourra être réséquée sans danger, plus tard la résection pourrait être difficile et peut-être insuffisante.

La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 27 JUIN 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

— M. CAZENAVE (de Bordeaux) fait hommage à la Société d'une brochure intitulée : *Réflexions générales sur l'emploi du chloroforme dans les opérations, etc.*

— M. FOUCHER dépose sur le bureau un travail manuscrit de M. le Dr Monteils, intitulé : *Du traitement par le drainage de l'arthrite purulente secondaire du genou.*

— M. VERNEUIL offre à la Société la thèse de concours pour l'agrégation de M. Cruvelhier, intitulée : *De l'ectropion.*

Hygiène hospitalière.

M. LÉON LE FORT. J'ai l'honneur d'offrir à la Société, au nom de M. Seideler, directeur et médecin en chef de l'hôpital Galitzin à Moscou, un volume intitulé : *Hôpital des princes Galitzin à Moscou comparé aux autres hôpitaux de l'Europe.*

Cet ouvrage très-important est destiné à occuper une grande place dans la littérature médicale traitant des questions d'hygiène hospitalière. Malheureusement il est écrit en russe, et par conséquent sa lecture est inaccessible à la plupart d'entre nous, pour ne pas dire plus. J'aurais dû vous l'offrir beaucoup plus tôt, mais j'ai tenu à l'analyser avec l'aide d'un traducteur et je vous demande la permission d'en signaler les parties les plus intéressantes.

Je passe sous silence un historique très-bien fait de l'assistance hospitalière en Europe; arrivant à la Russie, l'auteur rappelle que le premier hôpital russe, ne renfermant que quinze lits, fut fondé par le boyard Théodore Rtistcher, sous le règne du père de Pierre le Grand.

Pierre I^{er} est le véritable fondateur des hôpitaux en Russie. Il fit construire à Moscou le grand hôpital militaire qui existe encore, à Pétersbourg l'hôpital maritime. Le premier grand hôpital civil est celui de Saint-Paul, fondé à Moscou en 1763; enfin Catherine II la

Grande et l'impératrice Marie (mère d'Alexandre I^{er} et de Nicolas), ont fondé de très-nombreux hôpitaux.

Ce qui distingue les hôpitaux russes de tous les autres, c'est que les malades y sont reçus gratuitement, sans qu'on ait égard à leur nationalité, à leur religion, à leur domicile.

L'hôpital Galitzin a été fondé par le prince Démétrius Galitzin, ambassadeur de Catherine II auprès de Joseph II, empereur d'Autriche. Le capital de fondation fut de 2,800,000 francs, augmenté depuis par de nouvelles donations; l'hôpital est encore aujourd'hui entretenu uniquement aux frais de la famille Galitzin.

L'hôpital renferme 463 lits répartis en 46 salles.

Chaque malade a en moyenne 66,8 mètres cubes d'air. Les vénériens sont séparés des autres malades; mais il n'y a pas de séparation des cas de médecine et des cas de chirurgie. Cette dissémination des opérés paraît à M. Seidler une excellente mesure à laquelle il attribue les succès constatés par la statistique. Ainsi, sur 69 tailles, il n'y eut que 2 morts. 66 malades sortirent guéris, 1 est encore en traitement.

Mais ce que le livre de M. Seidler nous offre d'intéressant, c'est la partie qui a trait à l'organisation, à l'hygiène des hôpitaux et à la comparaison entre eux des divers hôpitaux de l'Europe.

Les hôpitaux russes sont dirigés par des médecins. Cette excellente organisation se traduit par des résultats merveilleux. M. Seidler s'en montre le défenseur convaincu, quoiqu'il regarde comme préférable que le directeur-médecin ne soit pas chargé des soins directs à donner aux malades.

Le directeur-médecin connaît, dit-il, bien mieux les besoins des administrés; quand il s'agit de faire des économies, il sait sur quoi les économies peuvent être faites avec le moins d'inconvénient pour les malades; et l'auteur ajoute : « Les médecins sont en général mieux élevés que les administrateurs pris dans une autre classe de la société; ils se laissent moins facilement corrompre ou entraîner par l'appât des gains illicites; on peut dire, en règle générale, que les malades ont plus de confiance dans les médecins que dans les administrateurs. »

Arrivant aux questions d'hygiène nosocomiale, M. Seidler exige sept conditions principales dans le choix de l'emplacement : élévation au-dessus des terrains voisins; terrain sec et nullement marécageux; éloignement de tout bâtiment ou établissement pouvant, par le bruit ou les émanations, incommoder les malades; abondance d'eau; jardin formant dépendance de l'hôpital; éloignement du centre des villes; superficie considérable.

Quant à la disposition des bâtiments, ils doivent être isolés, mais

non aménagés comme l'hôpital Lariboisière, dont M. Seideler se déclare fort peu partisan.

Les fenêtres ne doivent pas descendre plus bas que la hauteur de l'oreiller des malades.

Il ne doit pas y avoir d'angles droits ni à la rencontre des murs entre eux, ni à leur jonction avec le plafond.

Tout l'hôpital doit être, une fois au moins par an, blanchi complètement à la chaux.

Les parquets doivent être lavés, mais ils doivent être construits en planches enduites de la composition siccatrice usitée en Allemagne, à Zurich et en Russie.

Chaque salle doit avoir une cheminée ouverte servant plus encore à la ventilation qu'au chauffage; dans les pays du Nord, chaque salle doit renfermer de plus un poêle de faïence ou de maçonnerie.

Les individus affectés de maladies contagieuses doivent être complètement isolés des autres.

Un hôpital ne doit pas contenir plus de 200 à 400 malades.

La centralisation des hôpitaux d'une grande ville, dans les mains d'une même administration, est une chose déplorable, car elle empêche que l'initiative des personnes chargées de la direction d'un hôpital montre la possibilité des réformes hygiéniques et financières.

A l'occasion du procès-verbal :

Exostose de croissance.

M. MARJOLIN. J'ai eu l'occasion d'examiner la jeune malade présentée par M. Labbé dans la dernière séance. Je partage les opinions émises par nos collègues relativement au diagnostic, mais je ne serais pas d'avis d'opérer. Je base mon opinion sur les raisons suivantes : d'abord, le voisinage de l'articulation me paraît exposer à un danger réel; en second lieu, je suis loin de penser que la résection d'une exostose qui fait corps avec le radius mette à l'abri d'une récurrence. Enfin, la tumeur est encore peu volumineuse et rien n'empêche d'espérer qu'elle cessera de s'accroître.

Mort de M. Goyrand.

M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Goyrand (d'Aix), membre correspondant à Aix.

DISCUSSION.

Accidents dus au chloroforme.

M. GIRALDÈS. Je ne veux pas discuter avec mes collègues le mécanisme de la mort par le chloroforme. La discussion a dévié avec une extrême facilité de ce côté, et c'est à peine si la question posée par M. Bouvier a de temps en temps surnagé. C'est à cette question que je veux répondre, et je le fais en déclarant, avec la conviction la plus entière, que le chloroforme peut être administré aux enfants, et doit leur être donné toutes les fois que cela est nécessaire pour poser un diagnostic ou pratiquer une opération, même une opération simple. Si le chloroforme devait être banni de la pratique générale, il devrait être réservé pour la chirurgie de l'enfance.

Je m'exprime ainsi en m'appuyant sur mon expérience journalière, et sur l'étude générale des faits.

Je tiens d'autant plus à protester que ce n'est pas la première fois que M. Bouvier vient exprimer ici ses craintes à propos de l'administration du chloroforme chez les enfants. Déjà dans la discussion sur la coxalgie, il les avait nettement formulées.

Mais je veux aussi protester contre l'immunité que l'on est disposé à accorder à l'enfance. Cette immunité n'existe pas. On a affirmé les dangers du chloroforme administré aux enfants ; on a établi d'autre part leur immunité. Ni avant ni pendant la discussion, on n'a rien prouvé de semblable.

Si je m'élève contre l'idée d'une immunité particulière à l'enfance, c'est que l'on pourrait, confiant dans cette donnée, ne pas apporter à l'administration de l'agent anesthésique l'attention nécessaire. M. Chassaignac a eu raison de le rappeler, il y a des règles bien établies auxquelles on doit se conformer quand on administre le chloroforme. Il faut apprendre à chloroformer comme on apprend à opérer. L'un est aussi important que l'autre.

On n'a pas cité dans la discussion un cas de Casper observé chez un enfant au-dessous de quatre ans ; il ferait encore restreindre la limite de la période d'immunité.

Ce n'est pas ainsi que je crois devoir envisager la question. Ce qu'il y a de vrai aujourd'hui comme hier, c'est que les cas de mort chez les enfants chloroformés sont excessivement rares. Ils sont d'ailleurs rares chez tous les sujets.

La Société médicale de Boston, qui a entrepris de détrôner le chloroforme au profit de l'éther, a fait faire une enquête générale par les soins d'un comité de cinq membres choisis dans son sein. Les cas

connus qu'elle a pu réunir jusqu'à 1864 s'élèvent à 250. Je suis disposé à croire que tous n'ont pas été publiés. En les doublant, nous arriverons à 500. Il y a dix-huit ans que l'on donne le chloroforme dans toutes les parties du monde, non-seulement pour les opérations, mais pour bien des cas médicaux et pour les accouchements. Il y aurait donc 29 accidents par an survenus sous l'influence du chloroforme dans toutes les parties du monde.

Je me demande si l'on a bien tenu compte de toutes les autres causes de mort qui peuvent agir en dehors du chloroforme chez un individu que l'on va opérer. Le cas de Desault a été déjà cité ; lorsque Simpson commença à employer le chloroforme, il devait en faire usage chez un malade du service de Syme. Simpson fut obligé de s'absenter, le malade ne fut pas chloroformé, il succomba cependant subitement. Mackensie le jeune, ayant à examiner et à réduire une fracture du radius chez un individu pusillanime, propose le chloroforme ; il est refusé. A peine le chirurgien avait-il quitté son malade, qu'il est rappelé à la hâte, le malade venait de succomber. Je pourrais citer plusieurs autres exemples.

Je ne voudrais pas innocenter le chloroforme. Je crois que cet agent si puissant peut être dangereux, mais personne n'a démontré que ses dangers fussent tels, qu'il fallût l'accuser et le condamner.

M. MARJOLIN trouve que l'on en abuse chez les enfants : c'est encore une accusation vague et mal fondée. Je suis prêt à reconnaître que le chirurgien qui emploierait systématiquement le chloroforme chez les enfants serait dans son tort. Mais n'est-ce pas là souvent le moyen le plus sûr de vaincre ces résistances obstinées, ces colères violentes qui rendent toute exploration et toute opération, même la plus simple, impossible chez un enfant ?

La chirurgie du premier âge a trop bénéficié de cet agent, il nous rend de trop grands services, pour que je n'aie pas cru devoir prendre sa défense, tout en me refusant à admettre l'immunité du très-jeune âge pour les accidents du chloroforme.

M. MARJOLIN. Je tiens à dire encore une fois que l'on a tendance à abuser du chloroforme chez les enfants. Il suffit d'admettre avec M. Giraudeau que le danger est possible, pour que les réserves que j'ai formulées subsistent tout entières. Je n'ai donc rien à retirer à ce que j'ai avancé.

M. BOUVIER. Je remercie M. Giraudeau d'avoir ramené la question à son point de départ. Il vient de plaider ma propre opinion et me donne l'occasion de l'exprimer nettement. Comme mon honorable collègue, je suis disposé à prendre la défense du chloroforme et à en préconiser l'emploi chez les enfants. Mais l'évidence m'a forcé à

rejeter l'immunité à tort accordée à l'enfance. Ma communication n'a pas eu d'autre but. Ma conclusion sera celle de M. Giralès : c'est que les mêmes règles et la même prudence doivent présider à l'administration du chloroforme à tous les âges de la vie. Mais j'admets que les conditions particulières que présente la chirurgie de l'enfance obligent souvent à chloroformer là où il ne saurait en être question chez l'adulte ; ainsi pour un cathétérisme, si je veux prendre un exemple dans les faits de la discussion.

Je me permettrai de dire à M. Perrin que je le trouve moins exclusif dans ses écrits que dans ses discours. Notre collègue admet, en effet, et prouve de la manière la plus claire que l'état de la respiration, que les modifications survenues dans les fonctions pulmonaires prédisposent à la syncope et en augmentent la gravité. Je n'ai pas dit autre chose. En citant l'expérience de M. Faure, je n'ai pas voulu adopter sa doctrine. Mais cette expérience ingénieuse me paraît bien propre à démontrer l'influence de l'état des fonctions respiratoires sur l'anesthésie. M. Perrin nous répond que la surface d'absorption est diminuée quand le tube est poussé dans la bronche. Je me contente de lui faire observer que la quantité de chloroforme est doublée, triplée, et que cependant l'anesthésie cesse ou n'est pas obtenue.

M. PERRIN. Le chloroforme ne se mélangeant à l'air que dans des proportions définies, je crois que l'objection que j'ai présentée contre l'interprétation de l'expérience de M. Faure peut subsister. Quoi qu'il en soit, je tiens surtout à faire remarquer que MM. Chassaignac et Bouvier n'accordent aux modifications de la respiration qu'une influence secondaire et attribuent, en réalité, à la syncope les accidents qui surviennent sous l'influence du chloroforme. Je me félicite d'être d'accord avec eux sur ce point capital. Ce que je n'accepte pas, c'est l'explication par l'asphyxie de la mort sous le chloroforme ; mais je n'ai pas contesté, ainsi qu'a bien voulu le rappeler M. Bouvier, l'influence des modifications de la respiration.

M. GUERSANT. Je suis disposé à ne pas prodiguer le chloroforme, mais je crois qu'il est des circonstances où l'on ne saurait s'en priver chez les enfants. Je ne reviendrai pas sur ce qu'a dit M. Giralès, relativement aux difficultés toutes spéciales qu'ils peuvent opposer au chirurgien. Je veux seulement poser quelques indications particulières.

J'ai employé le chloroforme chez les enfants disposés aux convulsions, chez les épileptiques, chez ceux qui se mettent dans de tels accès de colère, qu'ils en arrivent à se pâmer. J'ai pu, grâce au chloroforme, pratiquer, dans ces cas, des examens difficiles ou des opé-

rations sans provoquer de crises. Je crois donc qu'en semblables circonstances on éloigne, grâce à l'anesthésie, des accidents fâcheux ou graves. J'ajouterai, en terminant, que ma pratique chez les enfants a été des plus heureuses.

M. LE PRÉSIDENT prononce la clôture de la discussion.

COMITÉ SECRET.

La Société se forme en comité secret à quatre heures et demie.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 4 JUILLET 1866.

Présidence de **M. GIRALDÈS.**

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine ;

Le Bulletin médical du nord de la France ;

Le Bulletin général de thérapeutique ,

La Gazette médicale de Strasbourg ;

Les Archives générales de médecine.

— **M. Charrière**, fabricant d'instruments de chirurgie, présente un appareil en cuir, moulé sur plâtre, pour traiter les torticolis. Des appareils analogues sont fabriqués dans sa maison depuis 1846.

A propos du procès-verbal :

Accidents dus au chloroforme.

M. DESPRÉS. Je désire m'inscrire contre deux propositions qui ont été émises devant la Société, dans les intéressantes allocutions de **MM. Le Fort** et **Perrin**.

M. Le Fort a dit que le meilleur traitement pour rappeler à la vie les malades que le chloroforme met en danger était l'électrisation. **M. Perrin** a dit que c'était la respiration artificielle qui était le moyen le plus avantageux.

Du moment où la syncope est reconnue l'accident capital qui entraîne la mort pendant l'application du chloroforme, placer la tête

dans une position déclive, placer le malade la tête en bas surtout, est le premier traitement à employer. Ce moyen, que M. Nélaton met en usage, enseigne à tous ses élèves comme le meilleur et le plus urgent, et que nous avons vu réussir entre les mains de notre maître, devait être cité avec sa grande valeur dans la discussion sur le chloroforme devant la Société de chirurgie.

M. GIRAUDÈS. Le précepte que M. Després rapporte à M. Nélaton a été en particulier bien indiqué par M. Denonvilliers, dans l'ancienne discussion sur le chloroforme.

M. BROCA. Puisque M. le président paraît accorder la priorité à M. Denonvilliers, je dirai qu'elle est incontestablement due à M. Stanski. Mettre la tête en bas est d'ailleurs un bon moyen, mais sa valeur est loin d'être absolue.

M. PERRIN. La priorité appartient bien à M. Stanski. Je rappellerai à M. Després que, même dans la discussion actuelle, le moyen dont il parle a été indiqué à son rang et avec sa véritable valeur. On a rappelé qu'il était utile de l'employer, mais du moment qu'il n'est pas suffisant, il faut se hâter d'arriver à autre chose et en particulier à l'insufflation.

DISCUSSION.

Étiologie des luxations dites congénitales de la hanche.

M. BOUVIER. L'intéressante communication de M. Verneuil comprend deux parties : une de faits, une de raisonnements.

La première partie nous a fait connaître un fait nouveau : c'est que, dans certaines paralysies partielles du membre inférieur, surtout dans celles qui portent sur les muscles fessiers, on peut facilement luxer le fémur en arrière pour peu que l'on pousse la cuisse dans cette direction après l'avoir placée dans la flexion, l'adduction et la rotation en dedans. La luxation disparaît dans une attitude opposée. M. Verneuil suppose, quoiqu'il ne paraisse pas l'avoir constaté, que cette luxation pouvait se produire d'elle-même dans certaines attitudes des enfants qu'il a observés.

C'est là un trait de plus à ajouter au tableau qu'on a déjà tracé de la luxation paralytique en général, et de celle du fémur en particulier.

Il en résulte une conséquence importante pour le diagnostic des luxations fémorales, anciennes ou congénitales, de l'enfance. J'ai donné autrefois, après notre regrettable confrère Després, comme signe pathognomonique de ces luxations, la saillie de la tête du fémur à la fesse dans la flexion de la cuisse. Il faudra maintenant se

rappeler que, suivant les nouvelles observations de M. Verneuil, cette saillie peut aussi se produire dans le simple relâchement articulaire lié à la paralysie des muscles fessiers, sans déplacement permanent du fémur; ce déplacement ne pourra donc être regardé comme certain que lorsqu'il sera confirmé par d'autres signes.

Dans sa seconde partie, M. Verneuil commence par déclarer erronée, inexacte, l'opinion de ceux qui pensent que la luxation congénitale existe toujours à la naissance. Cela veut dire sans doute que l'on a tort de croire congénitales une partie des luxations réputées telles.

Je répondrai qu'on ne tient une luxation du fémur pour congénitale que lorsque, outre les caractères habituels, mais non exclusifs, de ce genre de déplacement, le commémoratif apprend que l'enfant en a présenté les signes dès qu'il a marché, et qu'il n'a éprouvé antérieurement aucun accident, aucune affection de nature à pouvoir produire cette luxation. Il me paraît naturel de conclure alors que la luxation existait à la naissance. Ce n'est que dans ces circonstances que les auteurs ont attribué la congénialité aux déplacements du fémur, et j'avoue que je ne saurais les en blâmer.

M. Verneuil va plus loin; il veut qu'on change le langage, qu'on ne fasse plus une classe des luxations congénitales, mais qu'on les dénomme toujours d'après leur cause, qu'elles soient antérieures ou postérieures à la naissance. Aux causes connues de la luxation, notre savant collègue en ajoute une nouvelle, qui serait cette même paralysie des fessiers ou du groupe des muscles pelvi-trochantériens, dont il nous a entretenus dans la première partie. Les faits qu'il nous a communiqués appartiendraient à la première période de cette luxation; la dernière période revêtirait les caractères cliniques attribués aux luxations dites congénitales, et le nom de *luxation paralytique* devrait désigner celles-ci, lorsqu'elles ne seraient pas le résultat de quelque-une des autres causes qui peuvent les produire avant ou après la naissance, comme la coxalgie, une violence extérieure, une malformation osseuse, etc.

L'origine des luxations congénitales du fémur n'est pas seulement obscure eu égard à ce qui peut s'accomplir pendant la vie intra-utérine. Leur première phase, après la naissance, n'est guère mieux connue, parce qu'on a trop rarement occasion de l'observer avant l'âge où les enfants commencent à marcher. De là diverses suppositions sur l'état de la hanche avant ce moment. Le plus grand nombre admet que ces luxations sont à la naissance ce qu'on les trouve un an ou deux plus tard. D'autres disent qu'elles sont d'abord incomplètes et ne deviennent complètes que plus ou moins longtemps après la naissance. Pravaz, Richard (de Nancy), ont parlé de luxations ana-

logues aux congénitales, souvent confondues avec elles, qui se formeraient lentement après la naissance, sans coxalgie ni autre affection douloureuse locale.

L'hypothèse de M. Verneuil vient grossir le nombre de ces théories diverses. Est-elle mieux démontrée ?

Notre collègue s'appuie des faits de production lente, tardive de la luxation. J'ai examiné de nouveau, depuis sa communication, les observations de ce genre publiées par Richard (de Nancy), Pravaz et d'autres; je n'en ai pas trouvé une seule dans laquelle il fût hors de doute que la luxation n'existait pas à la naissance.

Qu'il y ait des luxations paralytiques du fémur, on ne peut en douter; je l'ai dit en commençant. Mais il faudrait au moins deux choses pour justifier l'hypothèse de M. Verneuil : 1° que l'on eût vu la luxation temporaire qu'il a décrite passer à l'état de luxation permanente et présenter alors tous les caractères des luxations dites *congénitales*; 2° que l'on trouvât dans celles-ci la paralysie fessière, qui devrait subsister comme le témoignage de leur origine. Quant à moi, je ne l'ai jamais rencontrée dans les cas ordinaires de luxation congénitale du fémur, je veux dire dans les cas exempts de complication. Je conviens qu'elle peut m'avoir échappé; je la chercherai désormais avec plus de soin; mais, en attendant, je ne puis que faire des réserves sur une question dont la solution attend encore ses preuves.

M. VERNEUIL. Lorsque j'ai fait devant vous l'exposition d'une théorie nouvelle sur l'étiologie des luxations dites congénitales du fémur, je savais bien qu'on me demanderait des preuves, qu'évidemment je n'avais point données. Jé vais compléter aujourd'hui ma communication et répondre de mon mieux aux objections que mon honorable collègue, M. Bouvier, a bien voulu m'adresser. Mes arguments seront-ils péremptoires et sans réplique? je ne le crois pas, et j'avoue volontiers que mon opinion est, en plusieurs points, fort discutable. Peut-être aurais-je dû différer encore, et n'arriver devant vous qu'armé d'observations complètes et tout à fait convaincantes. Mais j'ai préféré réclamer votre concours et votre assistance, pour achever l'étude de cette question, ou tout au moins pour l'agiter de nouveau. Ma seule prétention est de montrer que mon hypothèse n'est pas dépourvue de base ni même d'un commencement de démonstration.

Je répondrai d'abord quelques mots à certains reproches. M. Bouvier me dit que les luxations paralytiques sont connues et bien décrites, à la hanche elle-même. Je n'ai jamais cru avoir découvert cette variété de déplacement pathologique, mais je n'ai pas vu davantage qu'on ait songé à établir leur affinité, leur analogie, encore moins leur identité avec les luxations dites congénitales.

En énonçant la possibilité de faire à volonté sortir et rentrer la tête fémorale, suivant l'attitude donnée au membre, par conséquent de produire et de réduire la luxation, il est clair que je diminuais singulièrement la valeur d'un signe considéré jusqu'à présent comme pathognomonique de cette luxation. Je veux parler de la saillie très-apparente que fait la tête quand la cuisse est dans la flexion avec adduction. Ce signe a surtout beaucoup servi à nier la réductibilité et la réduction de la luxation congénitale, et par conséquent à affirmer sa persistance en dépit de tous les traitements orthopédiques. C'était justement ce signe qu'invoquait M. Martin, pour soutenir l'existence d'une luxation que je contestais formellement. J'avais déjà suspecté sa valeur en voyant la petite malade qui nous a été présentée l'année dernière, par M. Pravaz. Sans doute, la tête du fémur proéminait dans la flexion de la cuisse, mais dans l'extension du membre il me paraissait impossible qu'elle ne fût pas dans le cotyle, et je me demandais vainement dans quel point de la fosse iliaque elle pouvait résider, pour se dérober aussi complètement à la recherche. Aussi dirai-je incidemment que je crus alors et crois encore légitimes les prétentions de M. Pravaz fils, qui pense, dans ce cas, avoir obtenu la réduction.

J'ai cherché à montrer que le mot congénitales, appliqué aux luxations de l'enfance, était vicieux parce que les auteurs lui donnaient un double sens ; les uns l'appliquant à toutes les luxations observées à la naissance, quelle qu'en soit la cause ; les autres l'appliquant encore à des déplacements qui certainement ne s'effectuent que plus ou moins longtemps après, et dans le cours même de l'enfance. M. Bouvier me reproche d'avoir mal compris les auteurs. J'espérais pourtant m'être clairement exprimé sur ce point de nomenclature. Je sais fort bien qu'à l'autopsie d'enfants morts en naissant, on a trouvé le fémur débotté. MM. Parise, Broca, Morel Lavallée ont observé de ces cas, et j'en ai moi-même publié un exemple ; mais il s'agissait de luxations cœxalgiques et non point de ces déplacements qui, plus tard, d'après leurs symptômes et leur marche, sont désignés comme luxations congénitales. En ce qui concerne ces dernières, malgré leur fréquence dans la jeunesse, elles n'ont guère souvent été prouvées par l'autopsie, car je ne pense pas qu'il faille appeler luxations les malformations de la hanche, dans lesquelles la tête ou le col du fémur est absent. Il faut, pour le moins, en faire un genre à part, de même que, dans la classification des pieds-bots, on fait un genre pour les déviations causées par l'absence du péroné ou d'un des os du tarse.

J'ai ajouté qu'il serait au moins singulier d'appeler congénitale une luxation survenant longtemps après la naissance chez un enfant qui,

pendant plusieurs mois et même plusieurs années, aurait marché normalement et joui de l'intégrité absolue de l'articulation coxo-fémorale.

M. Bouvier a compris la gravité de l'argument, car il s'est efforcé de mettre en doute les faits de ce genre rapportés par MM. Maissiat, Pravaz et d'autres, il ne les trouve pas concluants. J'en vais fournir un nouveau que je viens d'observer et qu'il me paraît difficile de ne point accepter.

Une dame, cliente de M. Bazin, et qui suivait les avis chirurgicaux de Michon et de Martin, vint me consulter pour un enfant de sept ans et demi, affecté de luxation congénitale du fémur gauche. C'est vers l'âge de quinze mois que se montrèrent les premiers symptômes d'une lésion de la hanche, qui aboutit au déplacement qu'on observe aujourd'hui. A la naissance et jusqu'à un an passé, l'articulation fut absolument normale; cette assertion de la mère est entourée d'un cortège de preuves irrécusables, et voici comment.

Cette dame, fort intelligente d'ailleurs et très au courant de la question, est atteinte elle-même, depuis sa plus tendre enfance, d'une double luxation des fémurs; sa démarche en fait foi; elle se maria nonobstant, et mit au monde une première petite fille, âgée actuellement de neuf ans, et qui ressemble beaucoup à son père.

L'hérédité du déplacement original des fémurs étant démontrée par des faits, les parents étaient fort anxieux; dès les premiers jours, ils firent donc visiter l'enfant. On constata l'intégrité absolue des hanches; de mois en mois l'examen fut renouvelé, et l'on eut soin de consulter successivement les chirurgiens les plus distingués de Paris qui, tous sans exception, nièrent tout déplacement et avec raison, puisque la fillette, âgée de neuf ans aujourd'hui, marche solidement et n'a jamais boité.

Une seconde fille naquit dix-huit mois environ après son aînée; elle était chétive et tenait manifestement de la mère. Les craintes de celle-ci se renouvelant, on procéda de la même manière, et de mois en mois, on explora très-attentivement les membres inférieurs, résultat absolument négatif pendant quinze mois. A cette époque, et aux premiers essais de marche, on remarqua de la faiblesse et de la claudication; on prescrivit des moyens divers qui n'empêchent pas la luxation de se produire, ce qui fut facilement constaté par tous ceux qui jusqu'alors avaient rassuré si formellement la mère.

N'est-il pas évident qu'en pareil cas l'articulation est restée longtemps indemne et n'a commencé à se disloquer que tardivement? Or, puisque, en général, on ne reconnaît les luxations dites congénitales que vers l'âge de deux ans ou plus tard encore, qui pourrait affirmer

qu'au sortir du sein de la mère les enfants sont déjà infirmes, quand rien ne le démontre et alors que les signes d'un déplacement du fémur sont si faciles à constater chez l'adolescent et l'adulte ?

M. Bouvier reconnaît avec moi que les diverses causes assignées aux luxations dites congénitales sont fort obscures. Le champ, dit-il, est ouvert aux hypothèses, je n'ai fait qu'en ajouter une à celles qui existaient déjà, mais je n'ai rien prouvé, et la paralysie des muscles fessiers reste à démontrer; pour sa part, M. Bouvier ne l'a jamais observée. J'ai été plus heureux, sans parler des cas invoqués dans ma communication première, où j'avais constaté la coïncidence remarquable entre l'atrophie de la fesse et la saillie considérable de la tête fémorale dans la flexion de la cuisse. J'ai retrouvé cette atrophie dans des cas de luxation permanente bien confirmée; et d'abord chez la petite fille de sept ans et demi, dont je viens de raconter l'histoire, puis chez une autre fille de quatre ans que j'ai examinée publiquement dans mon service de Lariboisière; ici la luxation est double et la tête se laisse percevoir au toucher dans toutes les attitudes.

Cette atrophie, cette faiblesse, cette paralysie plus ou moins complète des muscles fessiers, est facile à constater dans le cas de luxation unilatérale, par la comparaison avec le côté sain qui conserve sa forme et sa vigueur accoutumées. La chose est plus malaisée dans les luxations doubles où ce criterium manque, et où la saillie de la tête semble plutôt augmenter que diminuer le volume des fesses. Voici pourtant comment on reconnaît l'atrophie en question : 1° en saisissant entre les doigts la saillie fessière, on ne trouve qu'une masse molle, au centre de laquelle aucun faisceau musculaire ne s'accuse par la contraction; 2° en exagérant la saillie de la tête, on sent celle-ci très-superficiellement sous la peau doublée seulement de son pannicule graisseux; 3° à l'aide de l'électricité, on provoque à peine quelques mouvements d'extension de la cuisse, et l'on ne voit pas la fesse s'élever et se rétrécir transversalement, comme cela arrive quand la région est fournie de muscles sains; dans l'atrophie unilatérale, le contraste entre les deux côtés est extrêmement évident; 4° à défaut d'électricité, quelques explorations fort simples démontrent le même fait. On sait que la région anale et le pli interfessier sont d'une grande sensibilité. Le moindre attouchement, la plus petite douleur, provoquent, par action réflexe, la contraction énergique des muscles et surtout celle du grand fessier; les deux fesses se rapprochent, font saillie et un méplat très-évident se dessine au côté externe. Or j'ai vu et fait voir que, dans le cas de luxation congénitale unilatérale ou double, le côté affecté ou les deux à la fois restent immobiles alors même qu'on pique ou qu'on pince, en un mot qu'on

irrite faiblement ou fortement les téguments des régions anales ou interfessières.

Il est donc démontré pour moi que l'atrophie et l'affaiblissement des muscles fessiers existent : 1° dans le cas où, sans être luxée d'une manière permanente, la tête fémorale quitte le cotyle et y revient, suivant l'attitude ; 2° dans le cas où la luxation dite congénitale est permanente et réalisée depuis longtemps. Enfin j'ai constaté que cette lésion des fessiers n'est pas isolée et qu'elle se retrouve d'ordinaire sur l'ensemble des muscles du membre inférieur, qui sont plus grêles, moins énergiques que d'ordinaire et surtout que ceux du membre opposé, quand l'infirmité est bornée à un seul côté. Reste à appuyer la dernière partie de l'hypothèse, c'est-à-dire la relation de cette paralysie avec la luxation congénitale du fémur et avec la paralysie dite essentielle de l'enfance. Ici je reconnais l'insuffisance de mes preuves qui, pour la plupart, sont seulement indirectes et procèdent de l'induction.

Et d'abord, nulle difficulté pour admettre qu'à la suite de la paralysie de l'enfance, un groupe musculaire circonscrit peut rester frappé de débilité et d'atrophie consécutive. Ce fait est, je crois, surabondamment démontré pour les muscles moteurs du pied, ce qui donne naissance aux pieds-bots paralytiques, et aussi pour le groupe musculaire qui entoure l'articulation scapulo-humérale, deltoïde sus-épineux, etc., ce qui engendre dans cette jointure un diastasis décrit sous le nom de luxation congénitale de l'humérus. Dans cette dernière affection deux faits sont évidents : le relâchement des ligaments et des muscles périarticulaires, puis la perte de rapport des surfaces diarthrodiales. Cependant la cavité glénoïde et la tête humérale restent, sauf l'écartement, dans des rapports de direction à peu près normaux. Mais supposons qu'on fasse marcher à quatre pattes un sujet atteint de la sorte, la capsule incessamment pressée en haut, en arrière et en dehors par la tête, et n'étant plus soutenue par les muscles, la capsule, dis-je, céderait lentement, et nous verrions se produire graduellement une luxation sous-épineuse qui représenterait exactement la luxation du fémur dans la fosse iliaque externe.

Admettons *a priori* la paralysie du groupe pelvi-trochantérien, et nous nous expliquons sans peine ses conséquences ultérieures. L'extension de la cuisse sur le bassin devient difficile. La tête fémorale tend incessamment à presser sur la partie postérieure de la capsule ; celle-ci, n'étant plus soutenue par les muscles contenteurs, se dilate lentement en arrière et devient très-lâche. La tête est imparfaitement maintenue contre le fond du cotyle, et dans les mouvements de flexion glisse peu à peu en arrière ; dans l'extension, elle reprend sa

place. La répétition continuelle de ces migrations augmente l'élongation du ligament orbiculaire et du ligament rond. Le sourcil cotyloïdien se déprime et s'échancre, ou bien la tête, un beau jour, le franchit et s'installe définitivement dans la fosse iliaque.

Ainsi s'explique la marche lente du mal, l'élongation de la capsule qui ne saurait être, à coup sûr, ni primitive, ni instantanée; enfin cette longue préparation qui est nécessaire pour que la tête du fémur puisse abandonner sa cavité de réception.

Tout cela, j'en conviens, ne prouve pas encore la relation intime entre la paralysie essentielle et la luxation; j'ai en ce moment, dans mon service, une malade dont je rapporterai l'observation et qui servirait à confirmer mon hypothèse; c'est une fille de vingt-deux ans qui fut affectée, à l'âge de trois ans, de convulsions. Il en résulta un pied-bot qui fut traité par la ténotomie, et dont il reste actuellement encore des traces assez évidentes pour qu'on reconnaisse sans peine la variété paralytique. Or le membre tout entier est atteint d'atrophie, et l'extrémité supérieure du fémur est luxée dans la fosse iliaque.

M. Bouvier, reconnaissant la possibilité de l'atrophie des muscles fessiers, me demande si, au lieu d'être primitive et cause de la luxation, elle ne serait point consécutive et par conséquent effet du déplacement. Or je ne puis répondre à cette question; il y a là hypothèse de sa part comme de la mienne; mais comme, en d'autres régions, la paralysie primitive est évidemment démontrée comme cause de déplacement consécutif, j'incline à penser qu'il en est de même à la hanche.

Au reste, et en terminant, je ne puis que remercier M. Bouvier d'avoir bien voulu répondre à mon appel et me faire des objections dont je tiendrai compte. Dans un sujet aussi difficile, on ne saurait avoir la prétention d'arriver d'emblée à la vérité; j'ai exposé mes doutes, mes incertitudes sur un point qui paraissait clair et qui ne l'est pas. J'ai fait des efforts pour introduire dans le débat un élément nouveau; l'observation ultérieure montrera si j'ai eu tort ou non de faire un rapprochement entre la paralysie de l'enfance et certains déplacements du fémur, que les causes admises jusqu'à ce jour n'expliquent point d'une manière satisfaisante.

M. BOUVIER. M. Verneuil vient d'ajouter, aux faits déjà connus de claudication tardive, un cas qui lui est personnel. Rien ne semble plus probant, et cependant j'affirme que l'enfant avait une luxation dès la naissance. Comment admettre que cet enfant, scrupuleusement examiné tous les mois, au quatorzième comme aux autres, et qui boite dès qu'il essaie de marcher, c'est-à-dire au quinzième mois, ait eu une luxation justement produite dans l'intervalle du quatorzième au

quinzième mois? Ce fait prouve une fois de plus que le diagnostic des luxations de naissance est fort difficile à établir dans les premiers mois. Des chirurgiens très-habiles s'y trompent, et j'ai trop souvent été témoin de faits semblables pour ne pas avoir à ce sujet une conviction bien arrêtée.

Je me suis bien gardé de mettre en doute la paralysie et l'atrophie des fessiers. J'ai dit que je ne l'avais jamais rencontrée; j'ai pu me tromper; les faits que nous annonce M. Verneuil sont de nature à m'engager à vérifier de nouveau un fait sur lequel je me croyais édifié. Je veux seulement faire observer à mon honorable collègue que rien ne prouve que la paralysie qu'il a constatée fût primitive. La luxation a pu se faire d'abord et l'atrophie lui succéder, être l'effet et non la cause, comme le voudrait M. Verneuil. On comprend d'ailleurs qu'un sujet atteint de déplacement congénital du fémur ne soit pas à l'abri de la paralysie de l'enfance et que les deux affections puissent être constatées chez le même sujet. Ce sont des hypothèses, j'en conviens, mais M. Verneuil lui-même n'est pas encore en mesure de donner la preuve de ce qu'il avance.

Je n'aurais plus rien à répondre si M. Verneuil n'avait paru justifier les prétentions de M. Pravaz fils, relativement au sujet qu'il nous a présenté comme jouissant des bénéfices d'une réduction. J'ai fait à ce sujet un rapport très-attentif et très-moderé. J'ai contesté la réduction; les membres de la commission ont partagé mon avis; nous avons établi devant la Société, qui a approuvé le rapport, qu'il n'y avait pas eu réduction, et je le maintiens.

M. VERNEUIL. L'argumentation de M. Bouvier, relative à la très-grande difficulté du diagnostic des luxations congénitales dans les premiers mois de la vie, pourrait être employée contre lui. Si la luxation est aussi difficile à reconnaître, comment peut-on affirmer qu'elle existe dès la naissance?

Je crois que l'observation a été trop nettement provoquée, trop répétée et trop attentive dans le cas que j'ai cité, pour que l'on n'admette pas que, chez cet enfant, la luxation s'est produite après la naissance.

M. Bouvier me fait encore observer que la luxation peut avoir précédé la paralysie musculaire. Je suis disposé à l'accorder pour certains cas. Mais ne connaissons-nous pas des déviations qui, comme le pied-bot paralytique, succèdent incontestablement à la perte d'action des muscles?

J'ai disséqué plusieurs fois des luxations anciennes : on trouve, après bien longtemps, des muscles encore pourvus de fibres. Et cependant, chez un enfant de trois ans, l'examen ne m'a pas permis de

reconnaître la faculté contractile. Si l'on admet dans ce cas une atrophie consécutive, il faudrait accepter qu'elle s'est bien rapidement produite.

M. TRÉLAT. Le langage chirurgical est bien loin d'avoir toute la précision désirable dans le sujet en question.

M. Verneuil cherche à prouver que, dans le groupe des luxations dites congénitales, il en est qui sont dues à une paralysie des fessiers. Ce sont, à vrai dire, des luxations paralytiques de l'enfance.

L'épithète de congénitale devrait, par contre, être appliquée à toutes les luxations de naissance, quelle qu'en soit la cause. Si elles étaient dues à une coxalgie, par exemple, ce seraient des luxations congénitales coxalgiques. **M. Verneuil** les écarte au contraire du groupe des luxations congénitales; je crois que c'est à tort et qu'une luxation est congénitale par cela même qu'elle existait avant la naissance.

M. VERNEUIL. Il est, à mon avis, bien préférable de prendre pour base de classification, la cause et non l'époque d'apparition de la luxation.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 11 JUILLET 1866.

Présidence de M. FOLLIN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de médecine de la semaine;

Le *Montpellier médical*, numéro de juillet;

Les procès-verbaux du *Congrès médical de France*, troisième session, tenue à Bordeaux en 1865.

— **M. LE D^r AZAM**, membre correspondant à Bordeaux, adresse un mémoire imprimé intitulé : *De la thrombose consécutive aux traumatismes et de la mort subite qui peut en être la suite.*

MM. ROBERT et COLLIN adressent une nouvelle aiguille pour les

injections sous-cutanées, construite d'après les indications du docteur Danet.

— M. BROCA offre, de la part du docteur Bélin, médecin-adjoint à l'hôpital de Colmar :

4° Une brochure intitulée : *De la valeur du palper abdominal, comme moyen de déterminer la position du fœtus et surtout de rectifier les présentations vicieuses, soit avant, soit pendant le travail de l'accouchement.*

Hydro-encéphalocèle.

2° Une observation imprimée, intitulée : *Tumeur congénitale située sur la petite fontanelle et enlevée avec succès.* Cette observation est suivie d'un rapport de M. Stoltz. M. Broca attire l'attention de la Société sur ce fait intéressant. L'écoulement continu et abondant d'un liquide séreux pendant plusieurs jours permet de penser que la tumeur enlevée était en communication par son pédicule avec la cavité sous-arachnoïdienne. L'enfant guérit cependant sans accidents cérébraux.

M. BLOT. Je crois que l'opération pourrait être tentée pour certains encéphalocèles. J'ai eu l'occasion d'observer un enfant qui portait à la racine du nez une tumeur aussi volumineuse que la tête d'un fœtus à terme. Après la mort j'examinai avec grand soin cette tumeur ; M. Nélaton désira prendre part à cet examen. Elle ne contenait aucune portion du cerveau, mais renfermait un prolongement de ses enveloppes. La communication était si étroite que je me demandai si à l'aide d'une ligature on ne serait pas arrivé à détruire cette tumeur sans grand danger.

M. BROCA. Je ferai remarquer que souvent cette disposition a été rencontrée dans le spina bifida, et que, tout compte fait, les indications chirurgicales restent fort incertaines.

Moignons coniques. — Résection de l'extrémité osseuse.

M. VERNEUIL fait hommage à la Société de la thèse inaugurale de M. Alphonse Deu, l'un de ses élèves. Ce travail, où l'auteur s'occupe de la saillie de l'os après l'amputation de la cuisse, a surtout pour but de montrer l'avantage de la résection de l'extrémité osseuse saillante. En incisant la couche des bourgeons charnus, en refoulant les tissus qui recouvrent immédiatement l'os, on arrive sans délabrement, par une opération simple, à modifier heureusement la forme du moignon.

— M. TRÉLAT a eu l'occasion de pratiquer une opération sem-

blable à la Charité, sur un malade chez lequel le fémur faisait une saillie de 00,5 à 00,6. Les résultats en furent avantageux, malgré le mauvais état général du malade, qui mourut plus tard d'une phthisie pulmonaire.

DISCUSSION.

Étiologie des luxations dites congénitales de la hanche.

M. BROCA. Lorsque M. Verneuil nous fit son intéressante communication, je crus qu'il voulait seulement ajouter une nouvelle variété de luxations spontanées à celles qui étaient déjà réunies sous le nom de luxations congénitales. Mais, après avoir lu son mémoire dans les *Bulletins*, et après avoir entendu la discussion de mercredi dernier, je me suis aperçu qu'il s'agissait de tout autre chose. Notre collègue ne se borne pas à demander l'hospitalité pour la variété nouvelle qu'il apporte, il soutient que cette variété représente, à elle toute seule, l'affection connue sous le nom de *luxation congénitale*.

Sa doctrine peut se résumer en ces deux propositions : 1° les luxations dites congénitales ne sont pas congénitales ; 2° ces luxations sont la conséquence de la paralysie des muscles de la hanche, paralysie qui n'est qu'un cas particulier de l'affection connue sous le nom de *paralysie de l'enfance*. De là le nom de luxations paralytiques qu'il propose de donner d'une manière générale à celles que nous avons jusqu'ici appelées congénitales.

M. Verneuil, toutefois, ne nie pas l'existence de certains déplacements congénitaux de l'articulation coxo-fémorale, mais il nie que ces déplacements congénitaux, de natures très-diverses, puissent constituer une unité pathologique et fournir l'étiologie de l'affection décrite par les cliniciens sous le nom de luxation congénitale. N'est-ce pas en effet constituer une luxation artificielle que de réunir en un seul et même groupe les luxations par malformation, celles qui sont produites par des arthrites ou des hydarthroses intra-utérines, celles qui sont dues à la rétraction convulsive des muscles du fœtus, et celles qui sont la conséquence des manœuvres obstétricales ?

M. Verneuil avait pu donner plus de force encore à son argument, en allongeant beaucoup la liste des causes auxquelles on a cru pouvoir attribuer les luxations congénitales de la hanche. Je le remercie de ne l'avoir pas fait, mais je trouve que sa liste, quoique modérée, est encore trop longue, car des quatre causes qu'il a énumérées, je ne puis en admettre que deux.

Et d'abord il a reconnu lui-même que les luxations obstétricales sont tout à fait étrangères au débat. Si elles existent, ce qui jusqu'ici est plus que douteux, elles se rangent tout simplement parmi les luxa-

tions traumatiques; la déchirure nécessaire de la capsule les différencie absolument de celles que nous étudions. Il est clair d'ailleurs qu'elles ne sont pas congénitales; nous sommes parfaitement d'accord sur ce point. Les quatre causes énumérées par M. Verneuil se trouvent donc déjà réduites à trois.

Je lui demanderai maintenant la permission de les réduire à deux, en rejetant les luxations par rétraction musculaire. Je sais bien que M. J. Guérin a émis une théorie générale en vertu de laquelle la plupart des difformités congénitales seraient dues à la rétraction musculaire qui accompagne les convulsions du fœtus. Cette théorie, établie principalement en vue de l'explication des pieds-bots congénitaux, a été appliquée, entre autres, aux luxations congénitales de la hanche. Je ne pourrais la répéter sans déplacer entièrement la discussion, mais je puis m'en dispenser, car je crois savoir que M. Verneuil ne l'admet pas plus que moi. Nous sommes donc encore d'accord sur ce point, et, des quatre causes qu'il a énumérées, il n'en reste plus que deux, savoir : les malformations primitives du squelette de la hanche et les lésions pathologiques des parties molles de cette articulation (ligaments, synoviale, paquet graisseux cotyloïdien).

L'argument de M. Verneuil se trouve ainsi atténué, mais ne perd pas pour cela toute sa force. Et en effet il peut, au premier abord, sembler difficile de réunir en une seule et même espèce morbide, appelée luxation congénitale, deux groupes de lésions aussi différents que le sont les malformations et les maladies articulaires intra-utérines.

Mais je ferai remarquer que l'espèce ici est caractérisée par le déplacement et non par la cause du déplacement. Deux causes différentes peuvent aboutir au même résultat, surtout lorsque celui-ci consiste seulement en une disposition qui donne prise à des actions mécaniques. Ce qui existe au moment de la naissance, le plus souvent du moins, c'est moins une luxation véritable qu'une tendance à la luxation. La luxation, presque toujours, ne se manifeste ou du moins ne se complète que lorsque l'enfant commence à marcher, et lorsque le poids du corps vient exercer une action mécanique sur une articulation dont l'équilibre et la solidité sont insuffisants. S'il s'agit d'une malformation, si par exemple la tête fémorale et la cavité cotyloïde n'ont pas cette forme rigoureusement sphérique qui leur permet de coïncider exactement et d'être maintenues en rapport, même après la destruction de tous les ligaments, par la pression atmosphérique, l'articulation est peu déformée, mais elle est privée d'une des conditions essentielles de son équilibre, et lorsque l'enfant vient à marcher elle cède sous le poids du corps. S'il s'agit d'une maladie qui a diminué la résistance, ou accru la longueur des ligaments, la défor-

mation primitive de la hanche est encore relativement très-légère ; mais elle s'aggrave ensuite par la marche. Et même dans les cas, assez rares du reste, où le déplacement articulaire est assez prononcé au moment de la naissance, pour pouvoir être reconnu avant l'autopsie, il est encore bien moindre qu'il ne le deviendra lorsque l'enfant aura marché. Ainsi, malgré la diversité primitive, nos deux groupes de causes préparent le même résultat, en produisant un défaut d'équilibre et de solidité qui modifie les conditions de la station et de la marche ; et si l'affection au bout de quelques années revêt la même forme, présente les mêmes symptômes, et jusqu'aux mêmes lésions, il ne faut pas s'en étonner, puisque, dans l'un et l'autre cas, la relaxation relative des os et des ligaments est déterminée par la même cause : le poids du corps pendant la marche.

M. Verneuil est le premier à reconnaître la réalité de ces déplacements articulaires chez certains nouveau-nés. Il en a disséqué un cas, il en cite un autre qui m'appartient, il connaît et admet ceux de M. Parise, etc. Mais pour lui ce ne sont pas des luxations congénitales ; sous quel nom pourtant pourrait-on les désigner ? Le déplacement des os le plus souvent n'est pas achevé, mais il est commencé, il est destiné *inévitablement* à se compléter plus tard, à devenir très-considérable. C'est donc une luxation, et cette luxation est congénitale, puisque elle a débuté pendant la vie intra-utérine. De sorte que, si M. Verneuil parvenait à prouver que la maladie attribuée jusqu'ici par les cliniciens à une luxation congénitale est toujours consécutive à la naissance et due à la paralysie de l'enfant, le nom de luxation congénitale devrait être réservé précisément pour les déplacements congénitaux dont je viens de parler, et auxquels mon honorable collègue veut refuser ce nom.

Mais, ajoute-t-il, ces déplacements constatés chez les nouveau-nés sont trop rares, trop exceptionnels, pour rendre compte d'une espèce de claudication qui, sans être commune, se présente pourtant de temps à autre à tous les chirurgiens. Mais est-il vrai que les déplacements en question soient si rares au moment de la naissance ? J'en connais pour ma part onze cas, et c'est beaucoup si l'on songe que la plupart des fœtus apportés dans les amphithéâtres ne sont pas disséqués, ne sont pas même examinés. Le hasard peut faire qu'on ouvre leur articulation, mais il est clair que dans l'immense majorité des cas on les mène au cimetière sans avoir procédé à cet examen. Voilà pourquoi les autopsies de luxation congénitale sont si rares. Il n'existe dans la science qu'une seule série de recherches faites dans ce but. Lorsque M. Parise était interne à l'hôpital des Enfants trouvés, Auguste Bérard l'engagea à disséquer l'articulation coxo-fémorale de tous

les très-jeunes enfants qui mouraient dans l'hôpital. Sur 332 cadavres qui furent ainsi étudiés, M. Parise en trouva trois qui présentaient, d'un seul côté ou des deux côtés, des luxations congénitales de la hanche. Il trouva plus tard un quatrième cas de luxation double, mais je ne le compte pas ici, parce qu'il ne fait pas partie de la série des 332. Ainsi, d'après la seule série connue, les luxations congénitales du fémur sont si loin d'être rares, qu'elles paraissent exister près d'une fois sur 100, soit une fois sur 110. Certes, il n'en faudrait pas tant pour expliquer le nombre des cas de luxation congénitale que nous rencontrons dans la pratique, dans une proportion indéterminée mais probablement beaucoup moindre. La différence s'explique sans doute par cette circonstance que les luxations congénitales se produisent de préférence chez les fœtus chétifs et peu vivaces.

Quelque sommaire que soit l'exposé qui précède, j'en ai dit assez, je pense, pour montrer que la doctrine classique repose sur des faits parfaitement précis, sur des observations suffisantes nombreuses, et qu'elle n'est nullement hypothétique.

Je n'oserais en dire autant de la doctrine de M. Verneuil. A l'appui de cette doctrine, et pour nous montrer comment il y a été conduit, il nous cite trois observations que je vous demande la permission de rappeler.

La première est celle du petit garçon des Ardennes qui boitait depuis l'âge de deux ou trois ans. Dans la flexion exagérée, la tête du fémur devenait saillante, il y avait relâchement des liens articulaires, mais non pas luxation. Le succès de l'électrisation conseillée comme traitement en donne bien la preuve.

Je puis en dire autant du second fait, où d'ailleurs un diagnostic contradictoire fut posé. Sans me permettre de choisir entre les deux opinions émises, je puis du moins penser que le cas était douteux.

Du reste, dans ces deux cas, la paralysie musculaire suffisait bien pour expliquer la claudication.

Ces deux premiers faits me paraissent étrangers au sujet. Le troisième s'y rattache peut-être, mais il diffère essentiellement des deux autres. Dans ce cas, la tête du fémur rentrait et sortait à volonté de son cotyle. Cet enfant avait eu à quatre ans une maladie aiguë et des convulsions. Il avait été ensuite affecté de paralysie de différents groupes musculaires, il avait été, en un mot, atteint de cette maladie aujourd'hui bien décrite sous le nom de paralysie essentielle de l'enfance. M. Verneuil ne pouvait manquer de le reconnaître, et dans sa pensée cette paralysie essentielle, lorsqu'elle atteint le groupe des fessiers, serait la véritable cause de la luxation dite congénitale du fémur.

Les objections à faire à une semblable manière de voir sont très-nombreuses. Tout d'abord, la paralysie essentielle n'a aucune prédilection pour un sexe déterminé. Tout au contraire, les luxations congénitales du fémur sont surtout observées chez les petites filles, la proportion est comme 4 est à 1.

La paralysie essentielle a une marche bien connue, et les phénomènes qui la préparent ou qui l'annoncent ne peuvent passer inaperçus. Sans doute, elle peut débiter quelquefois sans phénomènes généraux. Mais cela a été à peine observé dans un dixième des cas, et l'on m'accordera qu'il n'y a aucune raison de penser que c'est précisément dans ces cas silencieux que se produit de préférence la luxation.

Ces symptômes du début, si connus, si frappants, la fièvre, quelquefois les convulsions, puis subitement la paralysie ordinairement très-étendue venant effrayer et surprendre alors que le diagnostic était encore en suspens; tout cela ne saurait échapper à l'attention même des personnes étrangères à la médecine. Rien de pareil n'a jamais été écrit dans l'histoire des enfants atteints de luxations congénitales.

Je pourrais maintenant prendre la période de retour des fonctions musculaires abolies et dire que la paralysie rétrogradant de haut en bas, c'est plutôt sur les muscles de la jambe et de la cuisse que sur ceux du bassin, que porteront la paralysie et l'atrophie qui lui succède; mais je crois inutile de pousser plus loin ce parallèle.

L'observation nous fournit, contre l'hypothèse proposée par M. Verneuil, des arguments aussi péremptoirs.

Si la luxation, en effet, avait succédé à la paralysie et à l'atrophie, les muscles fessiers devraient être paralysés et atrophiés chez tous les individus jeunes ou adultes, atteints de luxation congénitale. Il n'en est rien. L'examen des malades permet de retrouver des muscles fessiers, et la dissection vient à l'appui de la clinique. J'ai, pour ma part, déposé au musée Dupuytren une pièce disséquée chez un adulte. Ces fessiers n'étaient nullement graisseux et présentaient un volume très-convenable.

Je me résume et je dis, d'une part, que le groupe morbide désigné sous le nom de luxation congénitale est parfaitement démontré, et d'autre part, qu'en voulant créer une nouvelle espèce à ajouter à ce groupe, M. Verneuil n'a pas fourni une suffisante démonstration de ce qu'il avance.

Je dois, avant de terminer, aborder un argument dont s'est servi M. Verneuil. Il nous dit que les luxations dites congénitales peuvent en définitive se produire à diverses époques de la vie ou au moins

de l'enfance. Je lui accorde que l'on peut voir se produire chez les enfants des déboitements spontanés faciles à confondre avec les luxations de naissance. Je vais même plus loin, et je lui accorde que la paralysie des muscles fessiers peut être l'une des causes de ces luxations spontanées.

Mais si je crois à la possibilité de ces derniers faits, je ne puis encore admettre que leur réalité soit bien établie. C'est une question toute à l'étude ; les observations sont peu claires, et je n'ai pas eu l'occasion d'en recueillir.

Ces faits, d'ailleurs, s'ils venaient à être démontrés, obligeraient à créer un groupe particulier bien distinct des luxations congénitales, et ils ne sauraient non plus permettre de douter de leur existence.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 18 JUILLET 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine ;

Le Compte rendu des travaux de la Société des sciences médicales de Paris ;

L'extrait de la clinique de l'établissement hydrothérapique de Longchamps, à Bordeaux.

M. LE PRÉSIDENT demande à la Société de suspendre ses travaux pendant un mois. Les réparations à effectuer dans son local demanderont un mois au moins. Cette raison obligera sans doute la compagnie à prendre des vacances, bien que cela soit en dehors de ses habitudes et du règlement.

La proposition de M. le président ayant été adoptée par la Société, les séances seront suspendues pendant un mois, à compter du 25 juillet.

DISCUSSION.

Étiologie des luxations congénitales de la hanche.

M. BOUVIER. Je désire compléter ma pensée sur un point. J'ai dit, dans l'avant-dernière séance, que je n'avais pas vu la paralysie fes-

sière dans la luxation congénitale ordinaire du fémur, que j'avais trouvé, dans ce cas, les fesses bien développées. Mais je n'ai pas voulu dire qu'elles le fussent autant que chez les sujets bien conformés. La totalité du membre luxé est toujours moins développée qu'un membre sain, et la fesse participe plus ou moins à cet arrêt de développement. Cette sorte d'atrophie relative est peu marquée dans les premières années de la vie; elle devient plus sensible avec l'âge. Si M. Verneuil voulait arguer de ce fait en faveur de la théorie étiologique qu'il a proposée, la discussion serait portée sur un autre terrain; elle devrait rouler sur la différence qui existe entre l'atrophie simple et l'atrophie paralytique.

M. VERNEUIL. Malgré mon désir de ne point fatiguer l'attention de la Société, je demande à résumer brièvement mes opinions, qui, exposées en deux séances et peut-être sans méthode et sans clarté, ne me paraissent pas avoir été parfaitement comprises.

Le hasard me fait observer trois faits dans lesquels je constate une coïncidence entre la claudication, l'atrophie des muscles fessiers et une grande mobilité de la tête du fémur, mobilité qui permet à cette éminence de quitter plus ou moins complètement le cotyle dans la flexion forcée avec adduction et rotation en dedans, et d'y rentrer spontanément par le seul fait du redressement du membre.

Les sujets ont cinq ans, huit ans, onze ans.

Chez l'un d'eux, l'affection paraît remonter à la première enfance, peut-être à la naissance; chez un autre, elle est récente et survenue sans cause appréciable; chez le troisième, elle a paru vers l'âge de trois ou quatre ans, à la suite d'une maladie convulsive et paralytique.

Dans aucun cas, il n'y a luxation dans le véritable sens du mot, c'est-à-dire déplacement permanent. Mais ce déplacement est temporairement possible chez la petite fille et chez le jeune garçon hollandais.

La luxation est formellement admise par feu M. Martin.

Deux rapprochements me viennent à l'esprit. Je compare d'abord ces faits avec les luxations congénitales du fémur, puis ces dernières avec les déplacements consécutifs à la paralysie atrophique ou essentielle de l'enfance. J'étudie à nouveau l'étiologie des luxations congénitales du fémur, telle qu'elle est exposée dans les livres classiques, je trouve de nombreuses hypothèses, plus ou moins justifiées, mais qui ne me paraissent pas capables d'expliquer tous les faits. Je constate qu'on englobe sous le même titre des lésions de nature très-différente, que pour un certain nombre de cas la congénitalité est évidente, mais que pour d'autres elle n'est point admissible, et je pro-

teste, dès lors, contre un abus de langage qui applique l'épithète de congénitales à des luxations manifestement survenues à une époque plus ou moins éloignée de la naissance. Je reconnais du reste, qu'à l'autopsie de fœtus mort-nés, on a trouvé des déplacements, dus soit à une malformation osseuse, soit à une maladie articulaire. (Je suis d'autant moins porté à nier ces faits, que j'ai fourni moi-même l'un des plus concluants.) Mais, ni l'anomalie originelle, ni la coxalgie intra-utérine, ne me paraissent capables d'expliquer certaines luxations survenues dans l'enfance, chez des sujets normalement conformés à la naissance. Alors je cherche ailleurs l'interprétation de ces derniers cas, qui, si rares qu'on les suppose, ne peuvent être contestés; et je crois le trouver dans la paralysie de l'enfance, affection dont la connaissance exacte ne remonte qu'à un petit nombre d'années, qui se localise souvent à un groupe musculaire isolé et qui d'ailleurs, en d'autres régions, amène également des déviations, déplacements, sub-luxations, luxations, que très-souvent autrefois on regardait comme congénitales, et d'autant plus aisément qu'ils surviennent de très-bonne heure et n'entraînent que de minimes désordres anatomiques dans les jointures affectées.

Alors j'édifie modestement une théorie que je viens vous soumettre, sans chercher, bien entendu, à vous l'imposer, et que j'étaye de quelques preuves que je donne pour ce qu'elles valent. Je cite deux faits, dans lesquels le déplacement s'est effectué certainement après la naissance, lentement, insidieusement à partir de l'âge de quinze mois, comme chez la petite fille qui me fut envoyée par M. Bazin, et à la suite de convulsions, à l'âge de trois ans, comme chez la malade actuellement encore couchée dans mon service.

Quant aux trois premiers cas, je ne les ai jamais donnés comme des exemples de luxations; mais je me suis demandé s'ils ne constituaient pas une prédisposition au déplacement, s'ils ne répondaient pas précisément aux phases préparatoires encore inconnues qui précèdent l'issue de la tête et son séjour définitif et permanent dans la fosse iliaque.

Je n'ai point été guidé dans ces recherches par le seul désir de critiquer la classification et de rectifier un point de la nosographie. J'ai entrevu une application de ces idées à la thérapeutique. Le traitement des luxations dites congénitales est malheureusement très-limité et le plus souvent impuissant. Ceci s'explique pour les cas où le déplacement s'effectue pendant la vie intra-utérine; mais il en serait autrement, si parfois l'affection naissait et progressait dans la première enfance, on pourrait alors combattre les causes de la dislocation articulaire ou du moins les pallier en temps opportun. C'est pourquoi il

importe tant de rechercher l'époque précise où se montrent les premiers symptômes de la luxation.

Enfin si la congénitalité est évidente pour quelques cas, elle est douteuse pour d'autres et inadmissible pour d'autres encore, et pourtant on continue, d'après les symptômes, à donner à tous les cas la même dénomination ; c'est pourquoi j'ai proposé une réforme dans le langage : j'ai demandé que le premier qualificatif fût tiré de la nature du mal, qu'on dise, par exemple, luxation traumatique, coxalgique, paralytique, et que l'on y ajoute l'épithète de congénitale comme indiquant accessoirement l'époque d'apparition quand il serait bien démontré qu'elle a précédé la naissance.

Voici, messieurs, mon opinion tout entière, résumée aussi brièvement que possible.

Mes honorables collègues, MM. Bouvier et Broca, ont bien voulu s'en occuper et en faire la critique. J'ai répondu à M. Bouvier ; c'est contre M. Broca que je vais me défendre aujourd'hui. L'argumentation assez vive de mon honorable ami peut, si je ne me trompe, se résumer de la manière suivante :

L'existence des luxations congénitales du fémur est parfaitement établie et prouvée par des autopsies assez nombreuses, l'étiologie en est bien connue, et les théories actuellement en vigueur sont très-suffisantes. Il était donc inutile de créer un néologisme qui jette la confusion là où existait la clarté. En supposant que j'aie découvert des faits nouveaux, ce qui d'ailleurs n'est point démontré, ils n'auraient aucun rapport avec les luxations congénitales, et leur explication par la paralysie essentielle de l'enfance reposerait également sur une assimilation tout à fait erronée ; j'aurais donc édifié sur une hypothèse sans base, et introduit une théorie nouvelle dont le besoin ne se faisait nullement sentir. J'en conclus que si M. Broca avait raison, j'aurais eu tort de faire ma communication. Ne me croyant pas si coupable, je vais m'efforcer de répondre à mon honorable ami qui, ce me semble, n'a pas exactement saisi ma pensée, ni tenu compte suffisant des arguments complémentaires que j'ai fournis en répondant à M. Bouvier.

M. Broca trouve d'abord que j'ai trop multiplié les espèces de luxations congénitales qui, d'après lui, peuvent se réduire à deux : les malformations articulaires et les déplacements symptomatiques d'une coxalgie intra-utérine. Il rejette les luxations traumatiques, dues à des manœuvres obstétricales, et les déplacements consécutifs à la rétraction musculaire. Mais il y a ici un malentendu ; comme M. Broca, je ne regarde comme bien démontrées que les deux premières espèces, encore m'en coûte-t-il de ranger parmi les luxa-

tions les cas où la tête du fémur manque en totalité, et primitivement je rejette nettement les luxations qui seraient imputables à l'accoucheur, parce que, fussent-elles mieux prouvées, elles ne mériteraient point l'épithète de congénitales. Quant à celles qui résulteraient de la rétraction musculaire, j'ai introduit des réserves que je maintiens encore. Je fais allusion aux cas invoqués par M. J. Guérin, à l'appui de la théorie générale des déplacements articulaires congénitaux.

M. Broca nie résolument cette théorie. Je suis moins absolu ou du moins je pense que ni la coxalgie intra-utérine, ni les malformations articulaires n'expliquent d'une manière satisfaisante les luxations coxo-fémorales observées par M. Guérin sur trois fœtus monstrueux.

Quoi qu'il en soit, n'y eût-il que deux espèces, je me croirais autorisé à nier l'unité des luxations congénitales. Pour soutenir cette unité, M. Broca avance une hérésie nosographique ; pour lui *l'espèce morbide c'est le déplacement*, lequel, à la vérité, reconnaît plusieurs causes. Je pense tout à fait autrement. Le déplacement n'est qu'un symptôme et la terminaison fortuite de plusieurs états pathologiques essentiellement distincts. La véritable espèce morbide est constituée par un ensemble de caractères anatomiques, étiologiques, symptomatologiques. L'arthrite coxo-fémorale est une espèce morbide ; la malformation des surfaces articulaires en est une autre, ainsi que la paralysie musculaire avec ses causes et les lésions qui l'accompagnent ou la suivent, y compris la luxation.

Je ne veux pas transporter le débat sur le terrain de la pathologie générale, mais je maintiens qu'un déplacement observé à la naissance peut être l'effet, le symptôme de plusieurs espèces morbides dont il constituera le seul caractère commun, et conséquemment que l'unité n'existe pas plus pour les luxations congénitales que pour celles qu'on observe chez l'adulte.

M. Broca a surtout pris la parole pour défendre les théories étiologiques que j'attaquais, ou pour mieux dire que je trouvais insuffisantes ou hypothétiques d'après lui. Les causes des luxations congénitales sont bien connues ; cette assertion m'étonne infiniment.

M. Broca sait tout aussi bien que moi que pour la seule luxation de la hanche il existe au moins six théories dont la plupart manquent de preuves, et dont les meilleures sont encore obscures en plus d'un point ; que, si nombreuses qu'elles soient, ces théories ne sauraient s'appliquer aux déplacements qui atteignent les autres articulations, par exemple l'épaule, le coude, etc. ; que la paralysie musculaire qui intervient si évidemment dans la production du pied-bot n'a pas encore été invoquée pour la hanche : c'est pourquoi, contrairement à

mon collègue, j'affirme que tout ce chapitre est à revoir, et qu'il faut, entre autres nécessités, faire intervenir pour toutes les articulations la paralysie musculaire et chercher à préciser la part qui lui revient dans la production des déplacements. Pour un bon nombre de ces luxations dites congénitales, ce n'est pas seulement l'étiologie qui est obscure, la congénitalité elle-même est douteuse. Je me rencontre ici avec des chirurgiens éminents, Gerdy et Malgaigne entre autres ; j'ai cité, d'après les auteurs et d'après mes propres observations, un certain nombre de cas où l'affection s'était évidemment développée après la naissance chez des sujets très-bien conformés en venant au monde, et qui même avaient marché naturellement pendant un certain temps ; ces faits sont fort embarrassants pour mes honorables contradicteurs ; aussi comment les réfutent-ils ? M. Bouvier dit que la luxation existait, mais qu'elle a été méconnue par tout le monde. C'est une fin de non-recevoir ; M. Broca ne les accepte pas davantage, il pense que, d'abord incomplètes, elles passent inaperçues et ne deviennent évidentes que par suite des premiers essais de la marche. Il a même considéré, et je ne sais sur quoi il se fonde, la malade citée par M. Maissiat comme affectée d'arthrite sèche. Si j'ai émis une hypothèse, il me semble que mes contradicteurs en émettent à leur tour et d'assez singulières. Pour ma part, j'ai vu des luxations intra-utérines ; j'ai lu les observations recueillies par Paletta et M. Tarnier, et j'en ai conclu que, même chez le fœtus à terme, la dislocation de la hanche s'annonçait par des signes très-évidents qui n'auraient guère pu passer inaperçus pendant une année et plus, surtout à l'œil de parents inquiets ou de praticiens exercés.

M. Broca fait encore une hypothèse quand il dit que les luxations congénitales observées dans l'enfance ne sont pas autre chose que des déplacements intra-utérins qui n'ont pas entraîné la mort. On exige de moi que je fournisse une observation complète, commençant à la paralysie essentielle et finissant à la luxation confirmée. J'ai le droit d'être aussi exigeant et de demander un fait dans lequel la luxation observée à la naissance aura été suivie pendant l'enfance à la jeunesse et jusqu'à la confirmation nécropsique inclusivement.

Enfin, M. Broca a contesté le rapprochement que j'avais tenté entre la paralysie essentielle et certains déplacements dits congénitaux. La paralysie, dit-il, n'affecte aucune prédominance pour le sexe féminin, et les luxations congénitales du fémur sont infiniment plus fréquentes chez les filles. Je n'ai rien à répondre à cet argument, mais les chiffres fournis sous ce rapport par Dupuytren me paraissent sujets à révision. M. Broca ajoute que la paralysie essentielle est à peu près toujours précédée de prodromes fébriles et que ceux-ci n'ont jamais été notés

dans les antécédents des luxations congénitales. Mais les auteurs sont très-loin d'être d'accord sur ces prodromes aigus. M. Laborde les croit, à la vérité, très-fréquents. Mais d'autres, MM. West, Duchenne (de Boulogne), etc., admettent au contraire que la paralysie débute souvent de la façon la plus brusque, la plus inattendue; et d'ailleurs, ces prodromes souvent ne durent qu'un jour. Or, quel est l'enfant qui n'a pas présenté un ou deux jours de fièvre dans les premières années de la vie? Est-il donc surprenant que l'on n'en ait pas gardé le souvenir lorsque, ce qui est le cas le plus commun, on consulte pour la claudication vers la cinquième ou sixième année, et quelquefois plus tard?

La marche de la paralysie et la disparition de la faiblesse musculaire se font de haut en bas : donc, ajoute M. Broca, comment concevoir que le groupe des muscles fessiers reste affecté, quand au contraire ils devraient reprendre les premiers leur fonction? A quoi je répondrai que cette marche est loin d'être constante, et que si, à la vérité, les pieds-bots paralytiques sont communs au membre inférieur, c'est justement le groupe scapulo-deltôïdien qui, au membre supérieur, reste le siège d'élection de la paralysie persistante.

Je ne veux pas prolonger indéfiniment cette polémique, mais seulement prouver à mes collègues que j'ai sérieusement réfléchi avant de leur soumettre des opinions qui démontrent au moins la nécessité de nouvelles recherches sur un sujet beaucoup moins connu qu'on ne pouvait le croire.

M. BOUVIER. M. Verneuil vient de me faire dire qu'une luxation qui survient à quinze mois est congénitale. Je n'ai rien pu dire de semblable. Mes réflexions ne s'appliquent qu'au cas particulier de M. Verneuil, et je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit. L'observation de Pravaz n'est d'ailleurs pas plus concluante. M. Verneuil vient de nous la citer, j'avais eu soin de la relire avant de prendre la parole. Pravaz a soin de faire remarquer que l'enfant avait toujours boité d'une manière insensible avant le moment où elle fut soumise à son observation. Quoique la luxation ait été observée à sept ans, je serais disposé à la regarder comme congénitale. Mais personne n'a jamais appelé congénitales des luxations survenant après la naissance, quand la filiation des symptômes ne permet pas de les rattacher à la vie intra-utérine.

M. VERNEUIL. Je n'ai pas attribué à M. Bouvier l'opinion qu'il vient d'exprimer à propos de mon observation. Ce qui nous sépare, à propos de ce fait, c'est que je me crois fondé à penser que la luxation s'est produite après la naissance, tandis que M. Bouvier conserve l'opinion contraire.

M. BROCA. Je m'étonnerais d'être sorti de mes habitudes pour M. Verneuil. Je partage souvent ses opinions et suis toujours prêt à témoigner toute ma sympathie pour sa personne. Mais, dans le débat actuel, je suis encore prêt à combattre sa théorie.

Je ne reproduirai pas mes arguments. Je remarquerai seulement que si M. Verneuil n'avait avancé que ce qu'il soutient aujourd'hui, je ne l'aurais pas argumenté. Mais il ne s'est pas borné à nous dire qu'il existait une variété de luxation qui se produit de bonne heure, que l'on peut confondre avec la luxation de naissance, et qui est due à une atrophie musculaire survenue à la suite d'une attaque de paralysie de l'enfance. Ces faits n'ont pas encore été observés, mais je suis prêt à en admettre la possibilité.

Il avait voulu bien davantage. Dans son opinion première, cette étiologie nouvelle devait prendre la place des causes anciennement reconnues. Et cependant l'anatomie pathologique leur prêtait son appui, et M. Verneuil lui-même lui avait apporté le concours de ses habiles dissections.

M. Verneuil, qui vient de nous dire que j'ai pris la défense de la théorie de Parise, sait bien que ce chirurgien avait supposé l'hydarthrose, qui n'a été démontrée que par les deux cas qui nous appartiennent.

J'ai dit d'ailleurs que dans la majorité des cas il fallait reconnaître qu'il existait une malformation congénitale. Je défends donc l'opinion soutenue par Paletta, Dupuytren, Gerdy.

Je sais bien que lorsque l'on diagnostique une luxation congénitale chez un enfant qui se met à boiter lorsqu'il commence à marcher, on se rend un peu coupable d'hypothèse. Mais n'a-t-on pas en sa faveur l'observation et les dissections? N'est-il pas facile de comprendre que le poids du corps, ou simplement le poids des membres inférieurs puisse rendre sensible une malformation dans une articulation qui exige avant tout, pour son fonctionnement, un si parfait rapport dans la conformation des surfaces osseuses qui la constituent? Et, que le déplacement soit dû à une malformation, à une hydarthrose ou à une coxalgie, n'est-ce pas la luxation qui est le fait important et qui constitue l'espèce morbide?

Je ne dirai plus qu'un mot à propos de la paralysie essentielle de l'enfance. Je sais que les phénomènes fébriles du début peuvent passer inaperçus. J'ai dit dans quelles proportions, d'après M. Laborde. M. Verneuil trouve cette évaluation exagérée. Mais en admettant même que les phénomènes fébriles ne soient pas observés, qu'il ne faille pas en tenir compte, reste toujours la paralysie étendue qui n'échappe à personne. J'ai dit et je répète que jamais semblable com-

mémoratif n'avait été inscrit dans les observations de luxations congénitales de la hanche.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 29 AOUT 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit les journaux de médecine parus depuis un mois. Des demandes de congé de MM. Broca, Trélat, A. Guérin, Foucher, Guyon. (Renvoyé à la Commission des congés.)

La Société reçoit : de M. le docteur Ehrmann (de Mulhouse), membre correspondant, un mémoire intitulé : *Observations d'uranoplastie ; trois nouveaux faits de divisions congénitales ; uranoplastie et staphyloraphie ; guérison complète*. A ce travail sont jointes deux pièces en plâtre moulées sur nature.

Le mémoire de M. Ehrmann sera lu dans une prochaine séance.

— M. Brouzet fait hommage à la Société de la première partie d'un mémoire imprimé, intitulé : *Des indications et des contre-indications de la réunion immédiate après les amputations des membres et les opérations en général*.

M. Brouzet demande son inscription sur la liste des candidats, au titre de membre correspondant.

— M. Follin présente, au nom de M. le docteur Patry (de Sainte-Maure), ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de l'hôpital de Sainte-Maure :

1° Un travail manuscrit intitulé : *Mémoire sur deux cas d'anús contre nature, guéris par la suture* ;

2° Deux mémoires imprimés, l'un : *Sur la gangrène des membres dans la fièvre typhoïde* ; l'autre : *Sur les applications de l'eau froide dans le traitement des plaies*.

Le mémoire imprimé est renvoyé à une Commission composée de MM. Follin, Tarnier et Tillaux.

— M. Giraldès présente, au nom de M. Thévenin, une thèse intitulée : *Considérations sur le traitement du bec-de-lièvre compliqué.*

— M. Velpeau présente, au nom de M. Henri Dumont, la reproduction en plâtre d'une monstruosité du membre thoracique droit sur un sujet de douze ans; cette pièce, accompagnée d'une note, est renvoyée à l'examen de M. Tillaux, qui en rendra compte dans une prochaine séance.

A propos de la correspondance :

Anus contre nature.

M. CHASSAIGNAC mentionne un cas d'anüs contre nature de la région ombilicale, traité par lui avec succès, au moyen de la suture directe, sans dissection des parois intestinales. On se borna à raviver le pourtour de l'anüs anormal. Mais on pratiqua une suture double, l'une pour l'orifice aponévrotique (suture profonde), l'autre pour l'orifice cutané. La science ne possède qu'un très-petit nombre de cas de succès, par la suture directe. Et il est certain que si l'orifice aponévrotique n'est pas l'objet d'une attention spéciale, la suture faite à l'orifice cutané échoue inévitablement. L'observation a été publiée dans un mémoire sur les hernies ombilicales latentes. (*Traité d'opérations*, t. II, p. 695.)

COMMUNICATION.

M. GUÉNIOT lit, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire, un travail intitulé : *Cas de paralysie du bras chez un nouveau-né extrait à l'aide du forceps.* (Commissaires : MM. Guyon, Tarnier, Blot.)

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Tumeur kystique du testicule.

M. LÉON LEFORT. La tumeur que j'ai l'honneur de présenter à la Société a été enlevée par moi il y a quelques jours, sur un jeune homme de vingt ans environ.

Cet homme, qui habite la campagne, avait éprouvé depuis quinze mois des douleurs dans le testicule droit, mais sans qu'il y eût augmentation appréciable de volume. Il y a trois mois, une contusion de ce même testicule amena un gonflement assez notable qui fut regardé comme une orchite traumatique. La tumeur ne diminuant pas, mais continuant au contraire à croître, on pensa à un hématocele.

Lorsque je vis ce malade pour la première fois, il y a quinze jours, une ponction avait été faite quelques jours auparavant, mais elle n'avait donné issue qu'à du sang mêlé de sérosité.

Une inflammation assez notable s'y était développée, la tumeur était dure, présentant çà et là quelques points assez dépressibles. La pression en arrière et en bas donnait la douleur propre au testicule. Une sonde introduite par l'ouverture faite, que j'agrandis un peu sur la sonde cannelée, rencontrait partout une notable résistance. Je laissai envisager au malade la possibilité de l'urgence d'une opération.

Rappelé pour la seconde fois auprès de lui, huit jours après ma première visite, je trouvai la tumeur notablement augmentée; un champignon de tissus fongueux faisait saillie par l'ouverture faite à la face antérieure du testicule. Nous crûmes à un encéphaloïde, et je pratiquai le lendemain la castration.

La tumeur incisée par le milieu présente un nombre considérable de petits kystes, les uns opalins, les autres blanchâtres; les uns transparents, les autres demi-opaques. A la surface et à la partie antérieure de la tumeur, on retrouve le tissu testiculaire intact, étalé et aplati; mais en arrière et en bas on retrouve presque intacte le testicule ou l'épididyme, car il est difficile de se prononcer à cet égard; mais cette portion de la tumeur présente l'aspect normal du tissu testiculaire.

Je n'ai pu encore faire l'examen microscopique, de sorte qu'il m'est impossible d'affirmer si nous avons affaire à une transformation kystique du testicule, ou à un encéphaloïde avec kyste. L'intégrité de la plus grande partie du testicule, son isolement complet d'avec le reste de la tumeur, le petit volume des kystes me font pencher pour ce dernier diagnostic.

DISCUSSION.

M. LABORIE. J'ai eu l'occasion d'observer à l'asile de Vincennes un cas fort curieux de tumeur du testicule.

Les détails relatifs à ce fait important sont consignés dans l'observation suivante, recueillie par M. Hurel, interne du service :

D..., René, âgé de trente-sept ans, serrurier, entre à l'asile impérial de Vincennes le 24 juin. Il présente une tumeur du testicule droit, le diagnostic porté est sarcocèle cancéreux.

Le début des accidents remonte au mois de janvier 1866.

Jusqu'à cette époque, rien ne semblait indiquer que cet homme dût avoir le triste privilège de cette affection. Il avait seulement remarqué que le testicule droit était plus volumineux que le gauche.

Vers l'âge de onze ans, il a eu une adénite inguinale, idiopathique, du même côté, qui suppura pendant trois semaines et dont il porte la cicatrice.

Il y a dix ans, il contracta une blennorrhagie qui dura dix jours. Sa santé n'a pas subi d'autres atteintes.

Au mois de janvier dernier, sans cause apparente, ni violence d'aucune espèce, il remarqua vers la partie inférieure et postérieure du scrotum à droite, un cordon dur, roulant sous les doigts, insensible au toucher et ne donnant pas lieu à des douleurs spontanées.

Pendant deux mois cet état resta stationnaire. A partir du mois de mars, les symptômes s'accrurent, l'affection marcha rapidement. Des douleurs spontanées, lancinantes, se firent ressentir le long de ce cordon, irradiant jusque dans la cuisse.

Peu à peu le malade sentit l'induration s'étendre du côté externe du cordon, qui deux mois auparavant avait éveillé son attention, et envelopper le testicule ; si bien que, vers la fin d'avril, la tumeur avait revêtu son caractère propre.

Jusqu'alors, il avait toujours continué son travail ; mais, effrayé de voir son testicule grossir ainsi, et très-gêné d'ailleurs par le volume et le poids de la tumeur, il se décida à venir consulter M. Cusco, à l'hôpital de Lariboisière, dans le service duquel il entra. M. Cusco, diagnostiqua un cancer du testicule. Il fit une ponction exploratrice, quelques gouttes de sang s'écoulèrent. On se contenta de faire appliquer des cataplasmes.

Sorti du service de M. Cusco où il resta neuf jours, il reprit ses occupations ; mais des douleurs lombaires jointes à celles de la tumeur, la gêne de plus en plus grande que lui causait son testicule, qui chaque jour, augmentait de volume, le forcèrent de cesser définitivement tout travail.

Il entre donc le 17 mai chez M. Verneuil, quinze jours après sa sortie de l'hôpital.

La tumeur n'avait pas encore acquis son volume maximum. Les douleurs lancinantes devinrent plus fortes.

A son entrée chez M. Verneuil il pouvait se lever et marcher ; à sa sortie le 24 juin, la marche lui était presque impossible.

M. Verneuil diagnostiqua également un sarcocèle ; mais il ne voulut pas tenter l'opération, pensant que l'affection remontait jusque dans l'abdomen. Du reste, le malade nous déclara qu'à ce moment, la partie correspondante au cordon avait un volume plus grand, et que la tuméfaction s'élevait plus haut qu'à l'époque de l'opération.

Pendant son séjour dans le service de ce chirurgien distingué, il

eut des épistaxis et cracha un peu de sang; nous sommes portés à croire que ces crachats sanguins étaient dus à l'épistaxis.

Le traitement que lui fit suivre M. Verneuil fut le suivant :

Cataplasmes; frictions avec l'onguent napolitain; iodure de potassium à l'intérieur; vésicatoires à la région inguinale.

La santé générale, jusque-là peu affectée, s'altère. Le malade maigrit, perd ses forces. Peu d'appétit; digestions difficiles; sommeil troublé. Peut-être l'ennui a-t-il contribué à amener ce résultat, car le malade demandait son exeat et arrivait à Vincennes le 24 juin.

M. Laborie le voit le lendemain, et, après un examen attentif de la tumeur, il se range à l'avis de MM. Cusco et Verneuil. Pour lui aussi, le malade est atteint d'un sarcocèle cancéreux, seulement il ne croit pas à l'envasissement du cordon.

Voici ce qu'il constate :

Le côté droit du scrotum est occupé par une tumeur volumineuse, ovoïde, à surface presque uniforme, d'une consistance élastique, offrant par place une certaine dépressibilité, donnant la sensation d'une vague fluctuation.

La peau est saine et paraît libre d'adhérences. Il n'existe pas de dilatation des veines sous-cutanées, ni de ganglions inguinaux.

La tumeur est sans transparence, pesante si on la soulève dans la main; son volume est considérable, comme on peut en juger par les chiffres suivants :

a. Diamètre de la circonférence vers la partie la plus grosse : 29 centimètres.

b. Diamètre longitudinal, partant du milieu d'une ligne horizontale tirée de l'origine de la verge et allant jusqu'au périnée, au niveau de l'insertion du scrotum en ce point : 29 centimètres.

c. Diamètre oblique, partant du milieu de la même ligne et aboutissant au même point du périnée, en suivant la cloison du dartos : 34 centimètres.

La tumeur offre, au niveau du cordon, une saillie lisse, allongée, donnant au palper la sensation du liquide.

L'arcade de Fallope a éprouvé un abaissement dû à la traction opérée par la tumeur.

Par suite de cet abaissement, la saillie semble remonter jusque dans l'intérieur du canal inguinal, et l'on peut croire le cordon malade.

A la pression, douleur le long du cordon et dans la partie supérieure de la tumeur; insensibilité dans les autres parties.

On observe deux petites bosselures un peu fluctuantes : l'une à la partie antérieure et moyenne, l'autre à la partie externe et moyenne.

Au sommet, il existe également un point, qui offre une dépressibilité se rapprochant de la fluctuation.

Quant au testicule, il échappe complètement à toute recherche, et l'on ne peut le distinguer ni par sa forme, ni par sa consistance, non plus que par la nature de la douleur que détermine ordinairement sa pression.

Quoique maigre, le malade paraît jouir d'une bonne constitution.

Pour s'assurer que la tumeur n'avait pas d'origine syphilitique, M. Laborie crut devoir essayer le traitement suivant :

Cataplasmes. Frictions avec la pommade :

Axonge.	60 grammes.
Iodure de potassium.	4 —
Belladone	4 —

Chaque matin, une des pilules suivantes :

Sublimé.	0 gr. 50.
Extrait d'opium.	0 gr. 75.
Poudre de gâfac	0 gr. 30.
Sirop de morphine.	q. s.

Faire 30 pilules.

Comme le malade ne pouvait se lever, il est envoyé à l'infirmerie le 29 juin.

Malgré le traitement employé, depuis son entrée à l'asile jusqu'au 2 juillet, pas d'amélioration. La tumeur a plutôt augmenté, comme le prouvent les chiffres suivants :

$$\begin{aligned}a' &= 32 \text{ centimètres.} \\b' &= 30 \quad — \\c' &= 34 \quad —\end{aligned}$$

Cependant, on doit noter quelques changements dans sa configuration. Ainsi, il s'est formé à la partie supérieure une sorte de méplat, au niveau de l'origine du cordon. Le malade dit aussi que la tumeur tire moins, que les parties ne lui semblent pas aussi pesantes.

L'appétit revient, le sommeil est meilleur, quoique troublé par des douleurs lancinantes qui se font également sentir dans la journée et causent au malade de vives souffrances.

Le 3 juillet, les douleurs ont été excessivement vives la veille ; elles siègent surtout dans le cordon et s'irradient vers le sommet de la cuisse. Le malade n'a pu dormir ; il réclame avec instance l'opération.

M. Laborie procède à un nouvel examen, d'autant plus scrupuleux que M. Verneuil lui a fait part de ses craintes du côté du cordon.

De cet examen résulte pour lui la ferme conviction que le cordon est sain. Il pose définitivement son diagnostic en ces termes : cancer encéphaloïde du testicule, sans envahissement du cordon par l'élément cancéreux.

L'intérêt que le malade lui inspire et l'espoir de pouvoir transformer quelques mois d'une existence pénible en plusieurs années de calme, le déterminent à accéder à la demande du malade, pensant comme Celse : « *Melius anceps remedium experiri quam nullum* ; » d'autant mieux que l'examen de la poitrine et de la prostate ne fournissent aucune contre-indication.

L'opération est fixée au lendemain.

Le soir, on donne un lavement au malade, et l'on rase la région scrotale et inguinale.

Pour raser le scrotum vers la région périnéale, il fut nécessaire de soulever la tumeur.

On observa alors une tuméfaction bien plus prononcée au niveau du cordon ; tuméfaction oblongue, presque fluctuante, se prolongeant jusque dans le canal inguinal.

Le lendemain, cette tuméfaction avait disparu.

L'examen de la pièce donnera l'explication de ce changement subit.

Le 4 juillet, on procède à l'opération.

Le malade est chloroformisé. Une incision longitudinale fut pratiquée sur la ligne médiane, depuis 4 centimètre au-dessus de l'anneau jusqu'au bas du scrotum.

La dissection de la tumeur, qu'on annonce dans les ouvrages classiques comme étant des plus faciles, ne laissa pas que d'être assez laborieuse à cause de la condensation du tissu cellulaire sous-cutané. On la fit au moyen du bistouri, et il fallut une grande attention pour éviter de blesser la verge et la cloison.

La ligature du cordon fut faite en masse, et l'on fut obligé de lier quelques artérioles du tissu cellulaire scrotal.

Le malade présentant après l'opération une disposition syncopale très-prononcée, dans l'après-midi seulement, on fit le pansement : des bourdonnets de charpie furent placés au fond de la plaie, qu'on maintint réunie vers la partie moyenne à l'aide d'une serre-fine. On fit un pansement simple, retenu par un bandage triangulaire.

Diète ; bouillon ; eau vineuse ; potion cordiale.

Le 5 juillet, les ligatures des artérioles sont tombées ; pouls à 80 ; le malade a dormi environ deux heures dans la nuit ; pas de douleurs.

Bouillon ; potages ; une pilule extrait thébaïque de 5 centi-

grammes; 4 once 1/2 d'huile de ricin pour combattre la constipation.

Le 6 juillet, le malade a bien dormi; pas de fièvre; pas de douleurs; on retire la serre-fine; la plaie a bon aspect; la suppuration commence à s'établir.

Pansement simple; lotions avec eau chlorurée.

Potages; une côtelette.

Le 7, pas de fièvre; appétit bon; sommeil parfait; la suppuration est établie; on observe, vers la partie inférieure de la plaie, un point gangrené de la largeur d'une lentille; on renouvelle le pansement le soir.

Lotions avec eau chlorurée; pansement simple.

Le 8, pas de fièvre; la plaie a bon aspect, sauf le point gangrené, qui a pris un peu d'extension; il a la largeur d'une pièce de 20 centimes.

Même pansement.

Le 9, M. Laborie excise la portion gangrenée, qui d'ailleurs ne s'est pas étendue depuis la veille. Un cercle inflammatoire s'est formé tout autour, indiquant que l'élimination tend à se faire. Pas de fièvre.

Même pansement.

Du 9 au 16, toujours bon état; la plaie a bon aspect; la suppuration se fait bien; pour masquer l'odeur, on applique de la poudre de charbon, les 10, 11, 12, et on verse de l'eau chlorurée sur la charpie qui recouvre le pansement simple.

Le 16, on interpose de la charpie entre les deux lèvres de la plaie.

Le 17, la ligature du cordon tombe (quinzième jour de l'opération). La suppuration est peu abondante.

On ne fait plus qu'un pansement par jour.

Le 19, toujours bon état. Le malade s'est levé une demi-heure la veille.

Le 23, le malade se lève, se promène. On interpose toujours, entre les deux lèvres de la plaie, de la charpie, afin de les écarter, car elles tendent à se renverser en dedans.

Le 30, la cicatrisation n'est pas entièrement terminée; il reste encore, vers la partie moyenne, une largeur d'environ 1 centimètre, qui, par suite du renversement des lèvres de la plaie, ne s'est pas cicatrisée.

Le 14 août, le malade sort complètement guéri, il a pris de l'embonpoint, il se porte bien.

Examen de la tumeur. — L'examen de la tumeur, à l'œil nu, vient confirmer le diagnostic porté par MM. Cusco, Verneuil, Laborie. Elle a toutes les apparences d'un cancer encéphaloïde. Masse volu-

mineuse, du poids de 800 grammes, qui ne saurait donner lieu à une description détaillée.

Une enveloppe fibreuse la recouvre, des veines dilatées se montrent à sa surface ; nous avons dit que cette dilatation veineuse n'était pas apparente sur le scrotum. La tumeur est formée par un tissu mollassé, rougeâtre, de consistance pulpeuse, parsemé à la partie supérieure de petits corpuscules noirâtres, de matière mélanique.

Des cloisons fibreuses la partagent en plusieurs loges. Plusieurs petits kystes, quelques-uns de la grosseur d'un grain de raisin, d'autres plus petits, existent disséminés dans son intérieur.

On ne trouve pas de traces de la substance glandulaire du testicule, ni de l'épididyme.

Le cordon, qu'on a pu suivre dans une petite étendue, paraît sain.

A la partie supérieure, la tunique vaginale considérablement épaissie forme un kyste hématique qui donne lieu à l'écoulement d'un liquide brun. Ce kyste nous explique la tuméfaction subite qui apparut lorsqu'on eut rasé le scrotum : le testicule ayant été soulevé, le liquide contenu dans ce kyste reflua le long du cordon, jusque dans l'intérieur du canal inguinal.

M. Laborie désirant qu'on procédât à l'examen microscopique, pour savoir si le cordon était sain, mon collègue, M. Dionis, eut l'obligeance de faire examiner au microscope quelques portions de la tumeur par son ami, M. Renault, qui s'est déjà acquis un nom en micrographie.

Voici la note que M. Renault remit à mon collègue :

« L'examen de la pièce que tu m'as apportée hier m'a clairement démontré qu'il s'agissait d'une affection tuberculeuse du testicule et non d'un cancer. En effet, les éléments figurés que j'ai trouvés en grande abondance dans la portion rougeâtre de la pièce n'avaient aucun des caractères des éléments du cancer, mais en revanche les caractères physiques, chimiques et microscopiques des éléments figurés du tubercule. On y trouvait, en effet, une multitude de corpuscules irréguliers légèrement polyédriques, à angles mousses, d'un diamètre d'environ 0^{mm},006 à 0^{mm},008, à contenu granuleux. L'acide acétique les pâlisait, sans y faire apparaître de noyau. Ils étaient unis entre eux par une matière amorphe, finement granuleuse et occupaient une trame fibreuse qu'ils masquaient par leur grande abondance.

« Le cordon était déjà envahi par la dégénérescence. De place en place, dans la tunique fibreuse du canal déférent, on trouvait de petites granulations du volume d'une pointe d'épingle environ, et que l'on reconnaissait, seulement à l'aide d'un fort grossissement, être

composées de corpuscules tuberculeux et de matière amorphe. Toutefois la dégénérescence n'occupait que la portion du cordon la plus rapprochée de l'épididyme, le reste était sain. »

Grand fut l'étonnement après la lecture de cette note ; car ce résultat était d'autant plus inattendu que trois chirurgiens distingués étaient tombés d'accord pour reconnaître le caractère cancéreux de la tumeur. Seul, l'état du cordon avait fait naître des doutes.

D'ailleurs, sans l'examen microscopique de la tumeur, aurait-on pu croire, d'après les signes cliniques, qu'on avait affaire à une tumeur tuberculeuse ?

Nous avons une tumeur :

Non transparente, à forme ovale, à surface inégale, d'une consistance irrégulière, très-pesante, d'un volume considérable, dans laquelle il est impossible de découvrir le testicule : unilatérale, qui s'est développée sans cause appréciable, à marche croissante, dont le développement a été progressif, uniforme et rapide, donnant lieu à des douleurs lancinantes. De plus, rien du côté de la prostate, rien du côté de la poitrine.

De semblables symptômes ne pouvaient que faire supposer une tumeur cancéreuse encéphaloïde.

Cette observation est intéressante, parce qu'elle prouve une fois de plus qu'il est souvent difficile, pour ne pas dire impossible, de distinguer une tumeur testiculaire cancéreuse d'une tumeur tuberculeuse, et que le plus souvent la question ne peut être jugée qu'à l'aide du microscope.

Cette erreur de diagnostic dans la variété de tumeur avait-elle des inconvénients ? Non.

La castration était indiquée ; car le testicule, complètement désorganisé, devenait inutile ; l'ulcération menaçait et avec elle les souffrances, les horreurs d'une situation contre laquelle l'art est impuissant.

Ne pas opérer avec la quasi-certitude que le cordon était sain, c'était vouer un homme dans la force de l'âge à traîner péniblement une existence qui ne pouvait être que de peu de durée.

Le malade, espérons-le, n'aura qu'à se louer de son énergie, et de la décision de celui qui l'a débarrassé de sa tumeur.

M. VERNEUIL. S'il s'agit d'une tumeur tuberculeuse, je dois reconnaître que je me suis absolument trompé. Cependant, le volume, le poids de la tumeur, l'engorgement du cordon, l'intégrité de la prostate permettaient peu de penser au tubercule. L'examen anatomique vient souvent redresser les erreurs de la clinique ; mais je ne puis m'empêcher d'émettre un doute. La coupe d'une tumeur tubercu-

leuse ne peut guère être confondue avec celle d'un encéphaloïde. Ce que M. Laborie vient de nous dire de l'aspect franchement encéphaloïde de la tumeur est un renseignement d'une grande valeur. Je crois donc que c'est un malade qu'il faut suivre, afin d'être éclairé définitivement.

M. TILLAUX. La tumeur que nous présente M. Le Fort lui paraît être de nature bénigne. Je ne puis m'empêcher d'émettre quelques doutes à ce sujet. J'ai aussi montré à la Société une tumeur en apparence identique à celle-ci. J'avais même vu que les kystes qui la creusaient étaient dus à une dilatation des lymphatiques. Il y a eu cependant une récurrence avec généralisation qui a tué le malade moins d'un an après.

M. DESPRÉS. Il y a dans l'excellente thèse de Ch. Dufour une observation analogue à celle de M. Laborie. Le testicule fut successivement considéré comme tuberculeux et cancéreux. La distinction peut donc être difficile dans certains cas.

La pièce de M. Le Fort n'a pas été examinée au microscope; il est à désirer que cet examen soit fait. Mais je serais heureux de voir la Société mettre à son ordre du jour une discussion sur les tumeurs du testicule.

M. DEMARQUAY. Je pense comme notre collègue qu'il serait fort utile de débattre la question du diagnostic différentiel des tumeurs du testicule.

Je suis un peu surpris d'entendre M. Verneuil nous dire que la distinction est facile à établir. Tous les chirurgiens savent que plus d'une fois il a fallu procéder à l'opération, sans avoir pu diagnostiquer d'une manière précise la nature de la tumeur que l'on allait enlever. Plus d'une fois même, on a pu rester embarrassé en face de la pièce anatomique.

Je tiens encore à dire que l'ablation du testicule n'est pas toujours une opération bénigne, je l'ai plus d'une fois vue déterminer la mort.

M. VERNEUIL. M. Le Fort vient d'insister sur la présence du tissu testiculaire autour de la tumeur. Il nous a fait remarquer qu'il était sain; pour lui c'est une présomption de bénignité. Je ne puis partager son avis à cet égard.

Le refoulement et l'isolement de la substance testiculaire a été très-étudié par M. Ch. Robin. Cet éminent anatomiste a même été conduit à professer que les tumeurs du testicule naissent dans l'épididyme. Je crois que c'est une erreur, déjà commise, chose assez curieuse, par Nacquart dans un article du dictionnaire en soixante volumes.

Pour ma part, j'ai presque toujours retrouvé le tissu testiculaire sain refoulé à la périphérie de la tumeur.

M. LE FORT. Ce qui me fait admettre ici que l'état sain de la substance testiculaire est une présomption de bénignité, c'est que la couche testiculaire est entièrement isolée de la tumeur par une couche celluleuse très-distincte.

M. VERNEUIL. Je répondrai maintenant à M. Demarquay, que je ne puis lui accorder la très-grande difficulté ou l'impossibilité du diagnostic que pour des cas exceptionnels. Le plus souvent le diagnostic est facile.

Quant à la castration, elle peut incontestablement occasionner la mort, mais c'est encore là une exception. Il est donc permis de regarder cette opération comme étant relativement bénigne.

Je signalerai d'ailleurs un accident peu ordinaire, mais dont on comprend la possibilité à la suite de la castration. Le plexus veineux du cordon est très-dilaté, et ses veines manquent de valvules. J'ai vu survenir une hémorrhagie grave, et comme je ne crois pas la ligature des veines dangereuse, j'ai pris l'habitude de les lier.

M. CHASSAIGNAC. J'ai plusieurs fois été frappé de l'absence de récurrence après l'ablation de cancers du testicule. Est-ce parce que la tumeur est en quelque sorte enkystée? Toujours est-il que j'ai encore des malades que je peux suivre et qui n'ont pas de récurrences.

MM. Demarquay et Verneuil viennent de nous signaler quelques dangers de la castration. Je crois à ce propos devoir déclarer que, depuis que j'ai adopté l'écrasement linéaire pour pratiquer cette opération, je n'ai jamais perdu de malades, et dans aucun cas je n'ai observé d'hémorrhagies.

M. DEMARQUAY. Je suis disposé à accorder une grande valeur à l'écrasement linéaire appliqué à la castration; mais je crois que la pratique de M. Chassaignac a été à la fois habile et heureuse, et qu'on ne pourrait la donner comme règle.

Comme M. Verneuil, j'ai observé l'hémorrhagie veineuse du cordon, et j'ai depuis longtemps été frappé de l'énorme développement de ces veines dans les cas de tumeur du testicule.

Quant à la question d'anatomie pathologique, relative au refoulement de la substance testiculaire, je suis de l'avis de M. Verneuil. Je l'ai depuis bien longtemps observée et rencontrée dans les cancers, comme dans les tumeurs bénignes.

M. GUYON. Je ferai remarquer combien a été rapide le développement de la tumeur observée par M. Le Fort. Cette rapidité du développement a été, il est vrai, surtout prononcée dans ces derniers temps; mais, en remontant dans le commémoratif, on n'arrive guère à plus d'une année pour marquer le début de la tumeur.

Cette sorte d'acuité dans la marche de la maladie me paraît de nature à faire réserver le pronostic.

Je partage d'ailleurs l'opinion émise par MM. Verneuil et Demarquay, relativement au refoulement de la substance testiculaire qui coïncide avec des tumeurs de nature très-diverse.

M. DESPRÉS. Je suis tout à fait de l'avis de M. Guyon, pour ce qui est de la valeur de la durée d'un mal, pour établir sa bénignité. Mais je ne crois pas que le diagnostic des tumeurs du testicule soit si facile que cela a été dit. La maladie kystique du testicule et ce que l'on a appelé enchondrome du testicule ont été toujours l'objet de méprises. Il n'y a pas eu jusqu'ici de maladie kystique du testicule diagnostiquée, sans ponction exploratrice. Tous les enchondromes du testicule que l'on avait diagnostiqués ont été reconnus plus tard comme des cancers.

Sans compter le fait signalé par Dufour, et que je rappelais tout à l'heure, il y a encore des observations singulières, où le diagnostic, qui semblait indiqué a été néanmoins faux. Hancock, Hawkins, M. Denonvilliers ont observé des malades qui avaient les deux testicules malades à la fois et contenant chacun une tumeur. Il semblait clair qu'il s'agissait de testicules tuberculeux ou de testicules syphilitiques, mais l'autopsie et les opérations ont montré qu'il s'agissait de cancer du testicule.

M. DEMARQUAY. Ce que M. Chassaignac nous a dit sur l'absence de récidives de certains cancers du testicule est bien contraire à ce qu'il m'a été donné d'observer. Je pourrais citer de nombreux exemples à l'appui de mon opinion. Mais je pense que l'occasion s'en présentera, puisque la Société paraît disposée à étudier cette question.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 5 SEPTEMBRE 1866.

Présidence de M. GUERSANT.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

1° Quatre demandes de congé, de MM. Forget, Boinet, Perrin et Depaul. (Renvoi à la commission des congés.)

2° Les journaux de la semaine; les *Archives générales de médecine*; le *Bulletin de thérapeutique*;

3° Deux mémoires en italien, du docteur Cesare Fumagalli.

— M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture d'un travail de M. Ehrmann (de Strasbourg). (Renvoi au comité de publication.)

DISCUSSION.

Tumeurs du testicule.

M. VERNEUIL. La discussion a mis à l'ordre du jour le diagnostic du sarcocèle et les dangers de la castration.

Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit du diagnostic; j'ai été assez heureux jusqu'ici pour ne point me tromper, ou, en d'autres termes, chaque fois que j'ai pratiqué la castration, l'anatomie pathologique à l'œil nu et au microscope a confirmé l'existence du cancer. La seule erreur notoire que j'aie commise est relative au malade opéré par M. Laborie; j'avais cru à un encéphaloïde de la pire espèce, et j'avais refusé l'opération, comme du reste je l'avais refusée à deux autres malades presque à la même époque; l'un d'eux était dans mon service, il succomba bientôt à la généralisation du cancer. L'autre, exerçant la profession de maréchal ferrant à Nogent-sur-Marne, fut opéré dans un hôpital de Paris et succomba aux progrès de son mal, avant même que la cicatrisation fût achevée : cliniquement, ces trois cas offraient la ressemblance la plus complète.

L'an dernier je fus, j'en conviens, fort embarrassé pour un malade chez lequel un de mes collègues de l'hôpital du Midi avait diagnostiqué un hématocele. Pour moi, je croyais à un sarcocèle, car c'est, ce me semble, entre ces deux affections que l'hésitation est parfois permise. Du reste, le doute n'eut aucun inconvénient et ne peut en avoir si, dans l'opération qui est nécessaire dans les deux cas, on a soin, après la division de la peau, d'inciser couche par couche, jusqu'à ce que le bistouri ait atteint la pulpe cancéreuse ou la cavité de l'hématocele; c'est ainsi que je procédai, et c'est à cette dernière affection que j'avais affaire.

Tout récemment encore, j'avais dans mes salles un autre cas d'hématocele, qui, par certains caractères, simulait le sarcocèle, une interrogation minutieuse, la marche de la maladie, enfin une ponction

exploratrice, levèrent presque tous mes doutes avant l'opération.

Voici tout ce que je veux dire du diagnostic; je reconnais toutes ses difficultés dans certains cas, mais je crois ceux-ci fort rares.

La grosse question, en somme, est de savoir si la tumeur est bénigne ou maligne, s'il faut l'opérer ou la combattre par la thérapeutique. Or, on est bientôt fixé sur ce dernier point. Quant à reconnaître quelle variété de tumeur maligne on a sous les yeux, s'il s'agit par exemple d'un enchondrome, de kystes multiples, d'hématocèle central ou de sarcocèle proprement dit, j'avoue que la chose est souvent impossible; mais je m'en console en pensant que l'extrême précision du diagnostic n'est pas indispensable pour établir les indications opératoires.

J'arrive à la castration. Est-ce une opération grave, et quels sont les accidents auxquels elle expose?

J'avais dit incidemment que l'ablation d'un testicule était relativement bénigne; c'est contre cette assertion que M. Demarquay a cru devoir s'élever. Il a observé, soit dans sa pratique, soit dans celle de Blandin, plusieurs terminaisons funestes par suite d'hémorragies, de phlegmon, d'infection purulente; il aurait même vu des accidents formidables survenir à la suite de simples ponctions évacuatrices ou exploratrices.

D'un autre côté M. Chassaignac, qui a pratiqué un grand nombre d'opérations de ce genre, n'a jamais perdu de malades, et se prononce pour l'innocuité presque absolue de la castration. Puisque sans le vouloir, mais sans le regretter, j'ai soulevé le débat, je dirai ce que j'ai vu de mon côté; le relevé de mes notes donne plutôt raison à M. Demarquay. Sans parler d'un cas où une simple ponction exploratrice a provoqué des accidents très-graves, j'ai pratiqué sept fois la castration pour le sarcocèle; j'ai perdu deux malades. Deux fois j'ai fait la décortication avec résection partielle de la tunique vaginale pour des cas d'hématocèle; les patients ont bien guéri, mais la cure a été traversée par des complications sérieuses.

Confondant pour un moment ces deux genres d'opérations, dont le pronostic immédiat est assez semblable, et récapitulant les complications que j'ai observées, je trouve dans mes notes quatre castrations dont les suites n'ont présenté aucune particularité notable. Dans un cinquième cas, il y a eu hémorrhagie par le cordon. Guérison. Dans un sixième, hémorrhagie en nappe, par la surface de la plaie. Tamponnement avec le perchlorure; phlegmon des bourses, du canal inguinal et de la paroi abdominale; infection purulente. Mort.

Dans un septième, tétanos au treizième jour, alors que la guérison paraissait absolument assurée. J'avais fait la ligature en masse du

cordon bien malgré moi, à cause du nombre insuffisant de mes aides et de l'agitation incoercible du malade. Un refroidissement à la suite d'un bain parait avoir joué le rôle de cause occasionnelle. Ainsi, deux morts sur sept opérations.

Dans les deux cas de décortication, ou, pour mieux dire, d'excision de la tunique vaginale épaissie (hématocèles), la guérison s'est effectuée; mais une fois j'ai eu affaire à une hémorrhagie veineuse, tandis que l'autre malade a été pendant plus d'une semaine en proie à un délire continu, qui n'a pas laissé que de m'inquiéter beaucoup, quoique l'état du poulx et des fonctions digestives ne fût pas grave et que la plaie ait toujours marché sans encombre vers la cicatrisation.

De cette petite statistique, dont le seul mérite est d'être intégrale, il résulte que, sur neuf opérations sérieuses pratiquées sur les bourses, cinq fois il y a eu des accidents.

J'ai fait, jusqu'ici, abstraction des récidives de la maladie dans les sept castrations; or, voici à quel résultat je suis arrivé. J'ignore, bien entendu, quelle destinée attendait les deux opérés qui ont succombé au traumatisme, mais des cinq autres, quatre sont morts plus ou moins rapidement. En voici l'indication.

1^o B..., robuste et jeune, opéré en province avec M. le docteur Gorju. Récidive dans la plaie, puis dans l'abdomen. Mort au bout de quatre ou cinq mois.

2^o Malade de Chauny avec le docteur Warmont : enchondrome, cicatrisation de la plaie, guérison apparente et confirmée *loco dolenti*, accidents thoraciques lents et progressifs, dus probablement à une récidive dans les poumons; mort au bout de quelques mois; pas d'autopsie;

3^o Malade de l'hôpital Saint-Louis, quarante ans environ; cicatrisation de la plaie; l'opéré quitte le service. J'ai appris qu'il avait succombé quelques mois plus tard dans un autre service avec les signes de la cachexie;

4^o Malade de l'hôpital du Midi, vingt-cinq ans, opéré en avril 1865; guérison complète en apparence pendant une année entière. Il revient me trouver au mois de juin dernier. La cicatrice inguinale est parfaite, mais la fosse iliaque est remplie par une tumeur plus grosse que le poing; signes de cachexie commençante. Le malade, sentant sa fin approcher, quitte le service pour succomber bientôt dans sa famille;

6^o Un seul opéré fait, jusqu'à présent, exception à ce triste tableau. Je lui ai donné mes soins l'an dernier avec MM. Millard et Alf. Fournier; la castration a été faite en juin. Jusqu'à ce jour aucun signe de récidive ne s'est montré. Nous avions tous diagnostiqué un cancer. M. Ricord, consulté intercurrentement, avait conseillé l'opération sans

retard; le microscope me montra un type d'encéphaloïde. A la vérité l'ablation fut faite de bonne heure et avant que la tumeur eût acquis un grand volume; la tunique albuginée enkystait complètement le mal. L'avenir seul nous instruira de la persistance de cette guérison.

Devant de tels résultats confirmant d'ailleurs pleinement ce que j'avais vu pendant mon internat, et dans mes excursions aux hôpitaux, on comprend quel pronostic je porte sur le cancer du testicule; aussi ai-je été surpris d'entendre M. Chassaignac nous dire que cette affection était assez souvent susceptible de guérison radicale. Il serait donc à désirer que chacun de nous apportât ici le résumé de sa pratique, afin que l'on sût dans quelles conditions et proportions on peut attendre le succès définitif de la castration appliquée au sarcocèle vrai.

Qu'il me soit permis maintenant de revenir sur quelques points de détail et d'abord sur les *hémorrhagies veineuses et artérielles*.

J'ai observé trois fois cet accident. Dans les trois cas l'écoulement sanguin eut lieu fort peu d'heures après l'opération; il s'agissait donc d'hémorrhagies primitives, de celles qui tiennent par conséquent au défaut de l'hémostase immédiate, ou du premier pansement.

On trouvera les détails d'un de ces cas dans une observation qui figure dans l'important travail de M. Dauvé, sur l'enchondrome du testicule. (Mémoires de la Société de chirurgie, t. VI, p. 329.) L'hémorrhagie survint trois heures et demie après l'opération; elle était artérielle, et provenait certainement du cordon. Celui-ci avait été divisé avec l'écraseur linéaire que j'avais fait agir pourtant avec beaucoup de lenteur. L'hémostase fut obtenue sans peine à l'aide d'un bandage herniaire, appliqué pendant une demi-heure, et de l'introduction dans le canal inguinal de quatre petites boulettes de charpie imbibées de perchlorure de fer. Les suites furent très-simples.

Dans le second cas, ce fut précisément l'application d'un bandage herniaire faite dans un tout autre but qui provoqua l'hémorrhagie; celle-ci était veineuse; il ne s'agissait pas d'une castration, mais bien de la résection de la tunique vaginale pour un hématocele. Quoique je me propose de publier ce fait *in extenso*, j'en vais extraire quelques fragments qui se rapportent à l'accident qui m'occupe. L'opération n'avait offert qu'une circonstance particulière. J'avais ouvert par mégarde un sac herniaire ancien situé à la face antérieure de la tumeur; les intestins menaçaient de faire hernie dans la plaie. Je réduisis dans l'abdomen une languette épiploïque qui occupait ce sac, et pour prévenir l'issue des viscères, j'appliquai sur le canal inguinal la pelote d'un bandage; le malade fut reporté dans son lit, et je procédai à une autre opération que j'avais à faire dans la même séance.

Au bout d'une heure environ, je rentrai dans la salle pour voir le premier opéré, il était fort pâle et très-faible; en le découvrant, je vis le lit inondé, les pièces du pansement imbibées, et le scrotum distendu par du sang noir.

J'enlevai rapidement l'appareil, la charpie, les caillots, et j'examinai très-attentivement toute la plaie; le sang ne jaillissait nulle part, et suintait seulement en nappe d'une foule de points, en particulier de la surface de section de la tunique vaginale épaissie. A l'aide du téna-culum, j'appliquai cinq ou six ligatures, mais la pluie sanguine continuait toujours. D'après la couleur du sang et la manière dont il s'échappait, il était clair que les veinules seules le fournissaient. Je songeais alors à l'obstacle au retour que j'avais créé moi-même, et à la compression exercée sur les vaisseaux du cordon par le bandage; celui-ci fut enlevé, et quelques minutes après, l'hémorrhagie cessait comme par enchantement.

La perte, quoique provenant de vaisseaux fort ténus, avait été considérable; je l'évalue au moins à 600 grammes, néanmoins l'accident n'eut pas de suite fâcheuse. Il eut seulement pour effet d'appeler mon attention sur la possibilité après la castration d'une hémorrhagie veineuse par les veines du cordon lui-même. Cette complication, à ma connaissance, n'a point été signalée, et je ne l'ai pas observée moi-même; cependant elle ne me paraît pas irréalisable et voici pourquoi. Les veines du cordon sont souvent variqueuses, et rien ne s'oppose à ce qu'on voie coïncider le varicocèle avec le sarcocèle ou toute autre tumeur exigeant la castration. Or, dans le varicocèle, il y a non-seulement dilatation et épaissement des parois veineuses, mais de plus, insuffisance valvulaire permettant le reflux centrifuge du sang veineux vers les capillaires. Aussi la toux, l'effort, la position verticale remplissent instantanément les plexus du varicocèle. Si donc après avoir coupé le cordon on se contente de lier les artères, le bout central des veines pourrait devenir le siège d'un reflux, et d'autant mieux que ce reflux est un fait physiologique normal dans la veine cave et les veines rénales qui reçoivent les veines spermatiques.

Au reste, j'ai vu le phénomène se produire sous mes yeux, dans des proportions trop minimes, il est vrai, pour m'inquiéter comme chirurgien, mais suffisantes pour satisfaire ma curiosité de physiologiste.

Dans une opération de castration que je pratiquai l'an dernier avec mes collègues et amis MM. A. Fournier et Millard, j'observai nettement ce qui suit : ayant divisé à petits coups le cordon, je me contentai de lier d'abord les artères; mais j'aperçus de plus qu'à chaque mouvement fait par l'opéré, une petite ondée de sang noir

s'échappait par les veines divisées ; une nausée surtout projeta le sang à près d'un centimètre hors du bout des vaisseaux veineux, qui cependant n'étaient point anormalement dilatés. Depuis cette époque, j'isole également de mon mieux le plexus pampiniforme et le comprends dans une ligature isolée. Malgré les reproches faits à la ligature des veines, cette petite précaution me paraît innocente.

Le troisième cas d'hémorrhagie s'est présenté tout récemment, il m'a d'autant plus frappé que l'écoulement sanguin, par suite du moyen hémostatique employé, a provoqué une série d'accidents qui ont fini par enlever le malade.

Un homme de quarante-huit ans fut opéré, au mois de juillet dernier, d'un sarcocèle volumineux. L'opération fut facile ; toutes les artères ouvertes furent soigneusement liées au fur et à mesure, ainsi que les veines du cordon. L'hémostase primitive paraissait donc assurée.

Les bourses furent soutenues par une compresse languette disposée en anse, et dont les deux chefs étaient fixés à un bandage de corps. Des boulettes de charpie molle dans la plaie, des compresses imbibées d'eau alcoolisée froide appliquées sur le tout, complétaient le pansement. Dans l'après-midi, le sang parut. L'interne de garde l'arrêta d'abord avec une vessie de glace ; mais, une heure plus tard, l'hémorrhagie se renouvelant, les compresses superficielles furent enlevées, ainsi que la charpie et les caillots qui remplissaient la plaie. Le sang coulait en nappe et semblait sourdre de toute la surface de la plaie scrotale. Plusieurs ligatures furent faites en vain ; alors on se décida à tamponner avec la charpie imbibée de perchlorure de fer.

L'hémorrhagie s'arrêta ; mais il survint successivement : 1° un phlegmon violent de tout le scrotum avec sphacèle des téguments en plusieurs points ; 2° un phlegmon du tissu cellulaire du cordon ; 3° un abcès de la paroi abdominale au-dessus de l'aîne, abcès qui fut ouvert et fournit du pus en abondance ; 4° une hémorrhagie secondaire ; 5° enfin une infection purulente qui termina la scène.

Or, j'ai pu reconnaître que la cause de la première hémorrhagie résidait dans un défaut de pansement. La compresse placée sous les bourses avait glissé en arrière, s'était roulée en corde de manière à former au niveau de la racine du scrotum une sorte de lien circulaire qui causait un véritable étranglement, et avait, par ce mécanisme, gêné la circulation veineuse des parois scrotales ; d'où l'hémorrhagie veineuse.

En résumé, l'hémorrhagie primitive, à la suite de la castration, ne paraît pas très-rare, elle peut être artérielle ou veineuse.

L'hémorrhagie artérielle tient au procédé défectueux employé après

la section du cordon, à la négligence apportée à la ligature de toutes les artérioles ouvertes soit dans l'épaisseur du cordon, soit dans les enveloppes de la tumeur.

L'hémorrhagie veineuse, moins étudiée, peut se faire par les veines scrotales ou par les veinules du cordon, et résulter d'un pansement mal appliqué qui gêne la circulation en retour. Il est possible, mais non prouvé, qu'elle vienne encore du bout central libre des veines spermatiques, laissant échapper le sang dans une direction centrifuge.

Il importe donc de faire avec beaucoup de soin la ligature isolée de toutes les artérioles à mesure qu'elles sont ouvertes, et de surveiller très-attentivement l'appareil de pansement, enfin la ligature des veines du cordon lui-même paraît être une utile précaution.

M. DEMARQUAY. Je vois avec plaisir que M. Verneuil revient à mon opinion. Notre collègue ne voit de difficulté que dans le diagnostic entre le cancer et l'hématocèle. Il faut, je crois, tenir compte de l'orchite chronique, dont le diagnostic est loin d'être simple.

Je dirai maintenant quelques mots de l'opération de la décortication. J'ai suivi les conseils de M. Gosselin, et l'expérience m'a démontré que l'opération, proposée par ce chirurgien, ne manque pas de gravité. J'ai perdu deux malades d'hémorrhagie en nappe, ce qui s'explique d'ailleurs par l'état de la tunique vaginale ; j'ai vu encore l'infection purulente emporter mes opérés. Je suis revenu, pour toutes ces raisons, à la pratique de Blandin : je fais l'incision, j'enlève la plus grande partie des caillots, je tamponne avec de la charpie ; la suppuration s'établit, et cette fausse membrane, si difficile à disséquer, sort toute seule.

M. LABORIE. Je veux dire seulement que pour faire la castration je suis partisan de la ligature en masse. Les avantages que présente cette manière de faire sont plus grands que les inconvénients qui peuvent en résulter. Blandin faisait la ligature partielle ; l'opération m'a toujours paru laborieuse, elle a été parfois suivie de phlegmons graves.

M. PANAS. Le diagnostic des tumeurs du testicule présente des difficultés réelles ; j'ai vu des hommes habitués, des spécialistes hésiter dans certains cas. J'ai vu prendre pour un cancer cette affection qui consiste dans l'infiltration tuberculeuse simultanée de l'épidyme et du testiculé. J'ai vu M. Nélaton prendre pour un sarcoécèle cancéreux, une hématocèle située au centre du testicule.

Je veux encore dire deux mots sur le traitement de l'hématocèle vaginale. J'ai fait une seule fois la décortication, j'ajoute que ce sera la seule fois. Je n'ai pas pu décortiquer en arrivant sur le testicule.

M. Follin me servait d'aide. Le troisième jour qui suivit cette opération nous constatâmes une inflammation diffuse, puis survint la gangrène qui s'étendit jusqu'à la paroi abdominale. La mort s'ensuivit.

J'ai questionné au sujet de la décortication plusieurs chirurgiens et entre autres M. Denonvilliers; j'ai acquis la conviction que bientôt cette opération sera complètement abandonnée. M. Gosselin lui-même annonce deux morts parmi ses opérés. Le meilleur traitement de l'hématocèle, c'est l'incision.

M. LE FORT. Je ne vois pas quels peuvent être les inconvénients de la ligature en masse du cordon; j'ai réussi dans les deux seules opérations que j'aie faites jusqu'ici. C'est un moyen plus expéditif quand on est mal aidé, mais il est important de serrer très-fort la ligature, car le danger semble résider dans un étranglement incomplet du cordon.

M. TRÉLAT. J'ai fait trois fois la castration, je crois la ligature partielle meilleure. Un gros fil est d'une manière générale un mauvais moyen d'hémostase.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Cancer du pharynx et de l'œsophage.

M. DEMARQUAY présente la partie supérieure des voies digestives d'un homme âgé de cinquante-huit ans, sur lesquelles on observe un cancer du pharynx et de la partie supérieure de l'œsophage. Le cathétérisme de l'œsophage a suffi pendant deux mois à l'alimentation. Mais il devint très-difficile et même impossible, tant il était douloureux; ce malade a fini par mourir d'inanition et aux accidents de suffocation auxquels il était en proie dans les derniers temps de la vie. A l'autopsie, on a trouvé un cancer de la partie inférieure du pharynx et de la partie supérieure de l'œsophage, où il formait un anneau très-serré et difficile à franchir avec une petite sonde.

Le fait curieux de cette présentation, c'est qu'il existait un vaste abcès formé dans le médiastin postérieur, au niveau de la région dorsale. Cet abcès, en se développant, a amené une inflammation des deux plevres ainsi que la partie des poumons correspondants, de plus l'abcès a fini par contourner les gros vaisseaux et venir se placer au devant du péricarde, dans lequel il a fait naître une inflammation très-vive. La cause de cette inflammation du médiastin postérieur tient évidemment au passage répété de la sonde œsophagienne, et la preuve, dit M. Demarquay, c'est que les abcès du médiastin postérieur ne sont pas rares à la suite d'arrêt de corps étrangers dans l'œsophage,

ainsi que cela résulte de la lecture du mémoire de Lavacherie. Pour mieux éclairer l'origine de ses abcès, M. Demarquay a fait une série d'expériences pour déterminer le mode suivant lequel ces abcès se développent ; il pratiqua sur des chiens l'œsophagotomie, et il introduisit des corps étrangers à la partie inférieure de l'œsophage, et au bout de quelques jours il constatait, si le corps étranger était un peu volumineux, un phlegmon rétro-œsophagien ou un véritable abcès; ces recherches ont été publiées, il y a quelques années, dans la *Gazette hebdomadaire*.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le vice-secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 12 SEPTEMBRE 1866.

Présidence de M. FOLLIN.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

Une lettre de M. le docteur Tarnier, demandant un congé d'un mois.

— M. LARREY présente, de la part de M. Sistache, candidat au titre de membre correspondant, un travail intitulé : *Sur un fungus parenchymateux du testicule, etc.*

(Commissaires : MM. Guérin, Chassaignac, Giraudeau);

Les Bulletins de la Société médicale d'émulation de Paris ;

Traité du froid, etc., de la part de l'auteur M. le docteur La Cornière ;

Du service de santé militaire chez les Romains, de la part de M. le docteur Briau ;

Étude statistique de la syphilis dans la garnison de Marseille, par M. le docteur Didiot ;

Une *Notice explicative sur l'appareil vaporisateur*, du docteur Leclercq ;

Vade-mecum des blessures par armes à feu, par M. Gharini, membre correspondant étranger ;

Sur la Convention de Genève, par M. Longmore, membre correspondant étranger ;

Application de la galvano-caustique chimique dans la guérison des tumeurs, par M. Gherini ;

Note sur l'ulcère perforant du pied, par le docteur Marquez ;

Du plombage des plaies, par le docteur Burggraeve, membre correspondant étranger ;

Un rapport sur la Gazette médicale de Mexico, par M. le baron Larrey.

— M. DEPAUL présente, au nom de M. Duboué, membre correspondant à Pau, une *Observation d'embolie de l'artère iliaque externe*, etc.

(Renvoyé au comité de publication.)

— M. TILLAUX présente, pour le concours du prix Duval, les thèses de MM. Nicaise, *Sur les lésions de l'intestin dans les hernies*, et Desmarez, *sur les applications de l'iridectomie au traitement de la cataracte*.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Constriction permanente des mâchoires.

M. BOINET. La pièce pathologique que j'ai l'honneur de présenter à la Société me paraît importante sous plusieurs points; elle provient d'une jeune fille que j'ai eu l'honneur de montrer plusieurs fois, et qui était atteinte d'une immobilité de la mâchoire inférieure, due à une gangrène de la bouche. Cette jeune fille avait été opérée deux fois; une première fois par le procédé de Rizzoli, qui consiste, comme vous le savez, dans la simple section du maxillaire inférieur; et une seconde fois, par le procédé qui consiste à enlever une portion cunéiforme du maxillaire. La première de ces opérations, pratiquée au commencement de 1860 à l'aide de la pince de Liston, avait d'abord fourni un bon résultat, c'est-à-dire qu'immédiatement après l'opération la mâchoire inférieure avait acquis assez de mobilité pour permettre son abaissement facile et l'introduction dans la bouche d'aliments solides; mais l'amélioration obtenue ne fut que de courte durée, soit par la négligence de la malade à ne pas imprimer des mouvements d'abaissement à la mâchoire inférieure, soit pour toute autre cause; toujours est-il qu'au bout de quelques mois (2 ou 3 mois), la mâchoire devint moins mobile, et que huit ou neuf mois plus tard le resserrement était devenu si complet que la malade était dans la même position qu'avant l'opération; les deux bouts du maxillaire s'étaient complètement soudés.

Il fallut revenir à une seconde opération, qui ne fut pratiquée que le 20 juin 1863 ; mais cette fois, au lieu de diviser l'os tout simplement, comme dans le procédé de Rizzoli, une portion cunéiforme de l'os fut enlevée, dans le but de s'opposer à la réunion osseuse et d'obtenir une fausse articulation ; cette fois l'opération a eu un plein succès, et six semaines après, je vous présentais la malade, et le triangle osseux qui avait été enlevé, pour vous montrer le résultat de l'opération. Ce triangle osseux, dont la base correspondait au rebord du maxillaire inférieur, et le sommet au bord alvéolaire, avait environ 4 centimètre $1/2$ de large à sa base.

Plusieurs de nos collègues, après avoir examiné la malade, témoignèrent des craintes qu'ils avaient de voir les deux fragments du maxillaire se consolider de nouveau, et pensaient qu'il faudrait revoir cette malade longtemps après l'opération, pour juger du résultat définitif, et déjà même ils croyaient reconnaître dans un point un commencement d'ossification.

C'est pour montrer que ces craintes, toutes légitimes qu'elles étaient, d'après les faits relatés par plusieurs de nos collègues, MM. Deguise, Marjolin, Bauchet et Forget, ne se sont pas réalisées.

Je sou mets à l'examen de la Société cette pièce d'anatomie pathologique ; elle prouve que notre opération avait donné le résultat que nous désirions obtenir, et la malade, qui vient de succomber (5 septembre 1866) à une phthisie pulmonaire, a pu, depuis cette opération, jouir du mouvement d'élévation et d'abaissement de sa mâchoire inférieure. Elle avait un écartement suffisant des mâchoires pour introduire dans sa bouche toute espèce d'aliments soit solides, soit liquides, et n'avait rien perdu de l'écartement de ses mâchoires, depuis trois ans qu'elle avait été opérée.

Si en effet on examine cette pièce, on remarque tout d'abord que la branche montante droite du maxillaire est déformée, moins longue et plus large que celle du côté opposé ; que le condyle et l'apophyse coronoïde sont moins épais et moins longs que les mêmes parties du côté gauche ; on dirait que toute cette branche montante a subi un arrêt de développement. L'échancrure sigmoïde du côté gauche est plus profonde que celle du côté droit. En enlevant cette pièce, j'avais constaté que l'articulation temporo-maxillaire gauche avait beaucoup perdu de sa mobilité, que les ligaments qui l'entourent étaient plus serrés, ce qui m'avait offert des difficultés pour les désarticuler ; il existait une fausse ankylose, due à l'inaction de cette articulation.

Une seconde remarque, c'est que les sections de l'os ont porté sur la partie moyenne de la branche horizontale, et que l'angle de la mâchoire est intact ; par suite de la perte de substance qu'a subie

la mâchoire par l'ablation d'un triangle osseux, celle-ci, mesurée à son bord inférieur, et comparée à celle du côté opposé, offre une différence de longueur d'au moins un centimètre et demi, ce qui correspond à l'étendue du coin osseux qui avait été enlevé au moment de l'opération. De plus, tout le tissu osseux de la branche montante offre une coloration rougeâtre. Le nerf maxillaire, à son entrée dans le trou maxillaire postérieur, ne paraît pas altéré. Il serait curieux, si on ne craignait de détruire la fausse articulation, de savoir dans quel état se trouve ce nerf au niveau de la section, et si les deux bouts se sont réunis et comment. D'ailleurs la malade, pendant son existence, n'a présenté aucun phénomène digne d'être noté de ce côté : elle avait conservé la sensibilité.

Entre les deux parties du maxillaire qui a été divisé, il existe une fausse articulation très-complète, et qui, depuis trois ans que l'opération a été pratiquée, est restée permanente ; elle est très-mobile, et les parties qui servent de charnière sont fibreuses et assez étendues pour que la partie moyenne de la mâchoire inférieure puisse s'abaisser ; du vivant de la malade, cet abaissement était assez considérable pour permettre, sans difficulté, l'introduction du doigt indicateur dans la bouche.

Le tissu fibreux qui sert d'union aux os occupe toute l'étendue de l'intervalle qui existe entre les os, et s'étend dans toute la hauteur du maxillaire inférieur. Sa largeur paraît bien avoir un demi-centimètre, et sa solidité est la même à la partie interne et à la partie externe.

Toutes les dents molaires, excepté la première qui existe encore, ont disparu, de même que l'espace qu'elles occupent d'habitude, de telle façon que cette première molaire, qui est placée presque entièrement derrière la dent incisive, touche presque la base du bord antérieur de la branche montante, qui, dans ce point, s'est considérablement allongée, et fait une saillie qui est encore augmentée par la position de la branche montante qui se renverse un peu en arrière.

Cette pièce prouve qu'il n'est pas possible aujourd'hui de douter de la formation d'une fausse articulation, pour remédier à l'immobilité de la mâchoire inférieure, et que lorsque les méthodes de Rizzoli et d'Esmarck resteront sans résultat, on devra recourir à la division du maxillaire inférieur en enlevant une portion cunéiforme d'un à deux centimètres à sa base.

M. VERNEUIL. Je pense qu'il serait bon qu'on fît dessiner la pièce présentée par M. Boinet ; c'est bien là un exemple de pseudarthrose à la suite de l'opération de Rizzoli. Quoique les résultats cliniques n'aient pas toujours été satisfaisants jusqu'ici, il faut continuer, tout en tâchant de perfectionner la méthode. Je ferai remarquer que la

mâchoire a conservé sa forme, et que les dents sont disposées d'une façon assez régulière.

M. GUÉRIN. Je suis heureux d'avoir vu la pièce présentée par M. Boinet ; je n'étais pas jusqu'ici partisan de l'opération de Rizzoli, et je ne considère pas le résultat actuel comme bien satisfaisant. Il est évident que la pièce a été modifiée par la préparation, et cependant les deux fragments sont encore unis par du tissu fibreux qui s'oppose à une locomotion très-étendue. Supposez que le périoste et tous les muscles n'aient point été enlevés, la chose serait encore plus évidente ; aussi je me demande si pendant la vie la pseudarthrose était réellement le siège de mouvements étendus.

Je suis tellement convaincu de l'insuffisance et de la gravité de l'opération de Rizzoli, que je n'ose point la pratiquer. Dernièrement deux malades sont entrés dans mon service pour un resserrement extrême des mâchoires ; l'un d'eux offrait un aspect si repoussant que personne ne voulait le recevoir. J'ai essayé, chez ces deux malades, la dilatation journalière avec des fragments de liège, et, après deux mois de persévérants efforts, j'ai obtenu un écartement notable des deux mâchoires ; l'un des malades peut interposer son pouce entre les dents incisives. Du reste, avant de procéder à l'autoplastie, je présenterai ces individus devant la Société.

Dès à présent je crois pouvoir dire que j'ai obtenu, par la dilatation lente, un résultat aussi avantageux que ceux qu'a fournis jusqu'ici l'opération par excision d'une portion de l'os.

M. BOINET. Non-seulement les dents sont bien rangées, mais elles sont bien développées ; il faut constater ce résultat quoique le nerf dentaire ait été coupé au moment de l'opération. Je répondrai maintenant à M. Guérin qu'il faut distinguer les cas ; quand il s'agit d'une fausse ankylose, on peut réussir avec la dilatation ; mais lorsqu'il s'agit d'adhérences cicatricielles, on échoue constamment, et c'est ce qui était arrivé pour le cas présent.

M. VERNEUIL. Je trouve que M. Guérin se montre bien sévère pour l'opération en général, et en particulier pour la pièce qui nous est soumise. Le fait est certain, la jeune fille ouvrait la bouche, et cela depuis trois ans, ce qui lui était impossible auparavant. Les mâchoires s'écartaient sans douleur, et il est positif que la malade avait retiré un grand bénéfice de l'opération. Ce n'est pas, du reste, le seul cas de guérison authentique ; dans des circonstances aussi graves, les autres méthodes de traitement échouent, et si l'on parvient quelquefois à faire ouvrir la bouche, la guérison ne se maintient pas. Que M. Guérin cesse le traitement qu'il a entrepris pour ses deux malades, et bientôt ils ne pourront plus écarter les mâchoires.

Après la dilatation, la récurrence est la règle, qu'un de nos collègues dépose sur le bureau une observation prise par lui de guérison persistante obtenue par la dilatation lente, alors seulement je pourrai croire que cette méthode a une valeur réelle.

M. LEGOUEST. Je ferai remarquer qu'il est impossible de se prononcer sur la valeur du résultat qui nous est soumis, puisque dans l'observation on n'indique pas d'une manière exacte quel était le degré d'écartement qu'on pouvait obtenir entre les deux mâchoires.

M. GUÉRIN. Mes malades sont loin d'être guéris, et c'est la discussion actuelle qui me fournit l'occasion d'en parler prématurément; il s'agit bien dans les deux cas d'adhérences maxillaires par cicatrices. Chez l'un de mes malades j'ai voulu couper les brides pour faciliter l'écartement, mon opéré a failli périr d'erysipèle; j'ai été effrayé et c'est alors que j'ai eu recours à la dilatation.

On nous demande des observations de guérison par les moyens de douceur. Je répondrai que j'ai examiné celles qui ont été publiées en faveur de l'opération de Rizzoli et que je n'ai point été satisfait. Les malades sont restés avec leur difformité; ils arrivaient à manger, mais n'ouvraient pas largement la bouche. Par la dilatation on arrive aussi à écarter les mâchoires suffisamment pour alimenter les sujets, et on évite ainsi l'opération si grave de la résection.

M. DESPRÉS. Voici une pièce qui nous est donnée comme une pseudarthrose, et comme une preuve à l'appui de l'efficacité de l'opération d'Esmarck. Messieurs, je me demande si c'est bien là une pseudarthrose. Nous en avons tous vu, et les fragments osseux y sont réunis par du tissu fibreux. Ce n'est pas cela que l'on observe sur cette pièce; il y a à la face interne de la mâchoire un pont osseux qui a dû être brisé pendant la dissection de la pièce. Entre les deux portions de l'os il y a des ostéophytes, du tissu d'aspect cartilagineux, et qui passent de la branche horizontale de la mâchoire à la branche montante.

Je crois qu'il y a là une reproduction d'os et une consolidation imminente. Si cette petite malade avait été réduite à ne prendre que des boissons pendant quinze jours au moins, et si on n'avait point fait exécuter des mouvements à la mâchoire, je suis convaincu qu'il y aurait eu consolidation, et si celle-ci n'a pas eu lieu, je crois que cela tenait à ce que le cal était brisé, à mesure qu'il se solidifiait.

M. LARREY. Je ne suis pas aussi difficile que certains de nos collègues, mais je dois dire que l'opération de Rizzoli me séduit peu. Je pense que cette opération si ingénieuse devrait être réservée pour des faits exceptionnels, et, par conséquent, que loin d'en généraliser l'emploi, il faut, autant que possible, avoir recours à la dilatation. Je

signalerai à M. Verneuil des succès obtenus par la dilatation : ces faits sont relatés dans la thèse de M. Sarrazin aîné. Ce travail, peut-être un peu trop oublié, renferme plusieurs cas de guérison dont plusieurs m'appartiennent ; je signalerai encore l'observation du général M..... Nous le connaissons tous, la guérison se maintient depuis plusieurs années. Je conclus en disant que dans toutes les constrictions des mâchoires, quelle qu'en soit la cause, il faudra d'abord tenter la dilatation progressive et n'en venir à l'opération que lorsque la maladie aura résisté à de persévérants efforts. On peut, en envisageant la question de cette manière, concilier, je crois, toutes les opinions.

M. VERNEUIL. La conciliation est dans l'esprit de tous les membres de la Société, l'inventeur de la méthode a lui-même pris soin de spécifier les cas. On n'opère jamais d'emblée ; l'opération est réservée pour les cas où le cul-de-sac muqueux qui sépare les mâchoires de la joue a cessé d'exister. L'opération de Rizzoli est destinée à combattre la constriction cicatricielle, c'est-à-dire la constriction qui résiste nécessairement à une dilatation, aussi patiente qu'elle soit.

M. DEMARQUAY. Il est regrettable qu'on n'ait pas conservé les muscles qui s'insèrent à la mâchoire ; il nous est impossible, à cause de cela, de bien apprécier la pièce qui nous est soumise. Quant au traitement de la constriction, il faut distinguer suivant les cas.

La dilatation peut guérir toutes les fois que les muscles sont demeurés sains ; mais lorsque ces organes sont transformés, lorsqu'il y a des cicatrices puissantes, non-seulement la dilatation ne peut rien produire, mais encore l'opération de Rizzoli me paraît insuffisante. Si j'étais en présence d'un malade incurable, j'enlèverais la branche montante du maxillaire tout entière ; il faut faire disparaître l'une des articulations de la mâchoire, sans cela il y aura reproduction osseuse et la consolidation des deux fragments s'opérera tôt ou tard.

PRÉSENTATION D'APPAREILS.

M. LEGUEST présente, au nom de M. Guillot, *des appareils destinés au traitement des pieds bots*. Ces appareils se distinguent de ceux déjà construits par les particularités suivantes :

Premier appareil. — La tige postérieure est munie de trois articulations et d'un pivot mobile, qui permet l'application aux deux membres, et quelle que soit l'espèce de déviation du pied.

La vis placée à la partie interne de la tige postérieure ramène en dedans le pied renversé en dehors.

La première vis postérieure ramène le pied à angle droit, et combat la tendance du pied équin à l'extension.

La deuxième vis postérieure ramène en dehors le pied renversé en dedans. Son articulation se trouve au centre du talon.

La semelle s'articule au niveau des trois cunéiformes; elle sert à combattre le renversement de l'avant-pied sur la région calcanéo-astragaliennne.

Deuxième appareil. — La tige est placée à la partie externe de la jambe. Elle possède deux articulations pour le renversement du pied varus et la flexion du pied équin.

La semelle a, dans sa partie moyenne, deux articulations permettant d'agir sur l'avant-pied. L'une donne un mouvement de rotation sur un axe vertical, l'autre un mouvement de circumduction ou de rotation sur un axe antéro-postérieur. Cet appareil complété par une guêtre lacée peut servir pour combattre le pied bot varus équin, aussi bien que le pied bot valgus équin.

La séance est levée à cinq heures.

Le vice-secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 19 SEPTEMBRE 1866.

Présidence de M. FOLLIN.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

Le *Montpellier médical*;

Le *Bulletin général de thérapeutique*;

Une note imprimée sur l'ovariotomie, par M. Antonio-Maria Barbosa. Lisbonne, 1866;

Derniers mots sur la non-contagion de la peste, par M. Clot-Bey, membre correspondant;

Pathologie et thérapeutique chirurgicale générales, par le docteur Théodore Bilroth, membre correspondant, à Berlin.

M. Demarquay offre, au nom des auteurs, deux thèses pour le doctorat en médecine : *Traitement des kystes du foie*, par M. Ch.-Edmond-Marius Paul; *Anatomie pathologique des rétrécissements de la trachée*, par M. Jules Cyr;

Une observation manuscrite de kyste multiloculaire de l'ovaire

gauche; ovariectomie, par M. Dubarry, de Condom. (Commissaires : MM. Boinet, Demarquay, Labbé.)

DISCUSSION.

Tumeurs du testicule.

M. CHASSAIGNAC. La discussion qui s'est élevée dans la Société de chirurgie, au sujet des tumeurs testiculaires et de l'amputation du testicule, a prouvé que des divergences assez notables existent dans l'esprit des chirurgiens touchant la gravité de cette opération; les uns l'ayant déclarée bénigne ou presque bénigne, les autres ayant cité de nombreux cas d'accidents graves, et même mortels survenus à la suite.

Une appréciation sérieuse du degré de gravité de cette opération ne peut être abandonnée ni au caprice ni à la versatilité individuelle; elle ne peut sortir que d'une analyse attentive des accidents considérés en eux-mêmes. C'est cette analyse que je vous demande la permission de faire passer rapidement sous vos yeux.

Parmi les dangers auxquels expose l'amputation du testicule, on doit mettre en première ligne l'hémorrhagie; les accidents nerveux graves; le phlegmon par diffusion commençant à la région du scrotum ou sur le trajet du cordon, pour se répandre soit vers le flanc, soit vers la fosse iliaque.

L'hémorrhagie. Elle peut provenir de deux sources : des vaisseaux du cordon, et dans ce cas elle est *funiculaire*; ou de ceux du scrotum, et alors elle est *scrotale*.

L'hémorrhagie funiculaire a été, de la part des chirurgiens, l'objet d'une attention particulière, sinon exclusive; il n'en est pas de même de l'hémorrhagie scrotale qui, avant les faits que j'ai publiés, avait passé presque inaperçue.

Ces artères des tissus dartoïques ne se comportent point comme les artères ordinaires. Leur blessure a une gravité toute spéciale. Elles la doivent en partie aux alternatives qu'elles subissent par suite des changements d'état du tissu dartoïde lui-même : à certains moments elles sont flexueuses et comme ratatinées, à d'autres moments elles sont rectilignes et comme épanouies; de plus elles sont éminemment disposées à produire l'accident du thrombus. Comparez ce que serait, dans toute autre plaie, la blessure d'une artère aussi peu volumineuse que l'est la spermatique, et vous verrez qu'on y ferait à peine attention; que la moindre ligature en ferait justice sur-le-champ.

Les sources de l'hémorrhagie causée par la section du cordon avec l'instrument tranchant peuvent se trouver dans l'artère *spermatique* ou *testiculaire*; dans l'artère *déférentielle*, branche née près du

vestige ligamenteux de l'artère ombilicale ; dans l'artère *crémastérique* née de l'épigastrique au moment où cette dernière passe au côté interne de l'anneau inguinal profond.

Enfin l'hémorrhagie peut dépendre des plexus veineux du cordon. Quels sont les moyens que la chirurgie oppose à ces hémorrhagies ? C'est la ligature, soit du cordon en masse, soit de chacun des vaisseaux sanguins en particulier.

Le ligature en masse a de nombreux inconvénients : elle a les inconvénients communs aux ligatures médiates, c'est-à-dire qu'elle agit non-seulement sur les vaisseaux eux-mêmes, mais encore sur d'autres organes qu'il est inutile et même dangereux de soumettre à l'action si douloureuse de la ligature. En outre, de même que toutes les ligatures médiates, si exactement appliquées qu'elles soient, elle peut se trouver relativement trop lâche après le premier affaissement des tissus qu'elle embrasse, et donner lieu à des hémorrhagies non-seulement primitives et consécutives, mais même à des hémorrhagies immédiates, car M. Verneuil vous a rapporté un fait dans lequel, ayant serré de toutes ses forces une ligature appliquée sur le cordon, il vit au moment de la section de ce dernier s'élancer un jet artériel immédiat.

On reproche encore à la ligature en masse du cordon de déterminer, par la douleur qu'elle occasionne, des accidents nerveux graves, et, le plus grave de tous, le tétanos. On n'en possède que trop d'exemples, et M. Verneuil a confirmé, par un nouveau fait à lui appartenant, cette vérité d'observation généralement établie. Mais il a de plus rapporté un cas de délire nerveux qui s'est prolongé pendant près d'un septénaire chez un jeune homme opéré par lui par la seule décortication d'une hématocèle.

Enfin, il faut noter à la charge de la ligature en masse la lenteur désespérante avec laquelle elle se détache. Il est difficile en effet d'en hâter la chute par la section de l'anneau qu'elle forme et qui reste profondément enfoui dans les tissus.

Quant à la ligature isolée qui fut proposée pour la première fois par Cheselden, elle n'a pas même le mérite d'affranchir du danger des troubles nerveux, puisqu'il est un fait de M. Couronné (d'Anvers) qui prouve que le tétanos est survenu après l'emploi de ce mode de ligature. Mais, de plus, que de difficultés d'exécution, que de tâtonnements qui n'existent point pour la ligature en masse, et quelle préservation incertaine contre l'hémorrhagie ; par la raison que si l'artère spermatique est toujours facile à trouver, la déférentielle et la crémastérique subissent très-souvent une fermeture momentanée qui suffit bien pour les dérober à la recherche, mais qui ne les empêche

pas de donner plus tard. Et quant à la ligature isolée des veines du cordon, sans pousser trop loin les craintes à cet égard, je repousse formellement l'idée que la ligature isolée des veines dans une plaie qui doit suppurer ne soit pas une cause imminente de phlébite purulente. Et il n'a dû échapper ni à M. Verneuil, ni à aucun de vous, que c'est précisément chez le sujet soumis à la ligature isolée des veines du cordon qu'est survenu un cas mortel d'abcès métastatiques.

Ce qui entre pour beaucoup dans la gravité des hémorrhagies du cordon, c'est la facilité avec laquelle se produit un thrombus qui masque l'orifice des vaisseaux et oblige à des compressions très-fâcheuses dans la région inguinale, ou à des applications de caustiques venant aggraver les chances de suppuration diffuse. Car il ne faut pas perdre de vue que l'hémorrhagie a plusieurs sortes de danger, dont la perte matérielle du sang n'est, dans certains cas, que le moins grave, tandis que celui qui naît des complications hémostatiques, c'est-à-dire de la nature même des moyens employés contre l'hémorrhagie, et enfin ce que j'appelle le danger moral des hémorrhagies, l'ébranlement imprimé au système nerveux de l'opéré, ont une importance qui n'a dû échapper à aucun de nous.

Il y a donc là un point de pratique grave et difficile, et pour mettre en évidence cette difficulté il suffit de rappeler le nombre considérable de procédés imaginés par des chirurgiens qui, tous, avaient été témoins de mécomptes graves, soit dans leur propre pratique, soit dans celle de leurs confrères. La connaissance seule de ces procédés et le choix à faire entre eux sont pour le jeune praticien une grande cause d'incertitude et de perplexité, quand il voit les efforts incessants et presque toujours infructueux, de la part de certains hommes qui occupent une grande place dans l'histoire de la chirurgie, tels que Franco, Brandi, Ledran, etc., etc.

Voyez en effet combien de procédés différents, et souvent même contradictoires, ont été proposés : ligature en masse ; ligature isolée ; cautère actuel ; connaissez-vous quelqu'un qui y ait recours aujourd'hui ? emploi des ciseaux comme agents d'affaiblissement des tissus ; froissement préalable des vaisseaux, comme le faisait Ledran ; ligature en masse près de l'anneau ainsi que le pratiquait Purmann ; ligature au-dessus de l'épididyme (Brandi) ; ligature sur un point intermédiaire (Hœnel) ; constriction de la ligature aussi fortement que possible et d'emblée (Franco Pearson) ; constriction graduelle (Gauthier) ; ligature préalable du cordon avant de le couper, ou bien section du cordon avant l'application d'aucune ligature. Tout a été essayé, parce que rien n'a réussi.

Clore les vaisseaux sans les lier répond donc à un besoin réel de la chirurgie, dans l'opération de la castration, et c'est l'écrasement linéaire qui m'a paru le mieux répondre à ce *desideratum*. Seulement, loin d'imiter le procédé des vétérinaires, qui, à cause de la grande résistance du derme, mettent à découvert le cordon avant d'appliquer la chaîne, il ne faut faire aucune incision avec le bistouri; autrement on pratique une espèce d'opération mixte pouvant donner lieu à des hémorrhagies qu'on ne saurait dès lors imputer à l'action de la chaîne.

Quant à la classe d'hémorrhagies parfois très-graves qui sont dues à la blessure des vaisseaux du dartos, j'ai publié sur ce sujet des observations nouvelles (pages 309 et 344 de mon *Traité de l'écrasement linéaire*).

La section de la peau par le bistouri et la dissection faite pour séparer la tumeur testiculaire de ses enveloppes exposent à un inconvénient beaucoup plus grave qu'on ne le croirait à *priori* et dont tous ceux qui ont fait l'opération du sarcocèle ont dû être témoins; nous voulons parler de la tendance à l'infiltration purulente au milieu des diverses couches dont se compose le scrotum. Cette infiltration, une fois qu'elle s'est emparée du tissu lâche et cellulaire qui forme le dartos, soit vers le cordon et de là dans la région inguinale pour remonter jusque dans le flanc ou dans le tissu cellulaire sous-péritonéal de la fosse iliaque, soit en contre-bas dans le cul-de-sac qui reste à la partie inférieure du scrotum, et qui, dans toute opération de castration bien faite, doit être incisé jusqu'à son extrême limite. Et voyez jusqu'où a été portée à cet égard la préoccupation de quelques chirurgiens, puisqu'ils n'ont pas craint, pour prévenir la stagnation du pus, de faire l'incision cruciale et de la placer en arrière et au-dessous du scrotum.

Si l'état des tissus restait ce qu'il est au moment de l'opération, l'infiltration scrotale n'aurait pas lieu quand l'incision ne pèche pas par insuffisance de longueur; mais aussitôt que l'inflammation traumatique s'empare du scrotum, les parois de ce sac membraneux s'épaississent, se roidissent et tendent à se refermer sur la solution de continuité qui vient d'être faite. Aussi donne-t-on le conseil de resequer les lambeaux quand ils sont trop larges, pour éviter leur enroulement, qui rendrait la guérison lente et difficile. Les chirurgiens expérimentés ont bien recours, en pareil cas, à l'emploi de mèches destinées, d'une part, à faciliter l'écoulement au dehors des produits purulents, et, d'autre part, à maintenir entre-bâillée l'extrémité inférieure du cul-de-sac scrotal; mais ces mèches sont souvent impuissantes à prévenir la rétention du pus. Or, qui dit rétention de pus

dans les plaies d'opération dit érysipèle, fusées, infection purulente, dont MM. Demarquay et Verneuil ont cité des exemples dans le cours de cette discussion.

Il y a évidemment ici possibilité, nous dirons même fréquence d'un échec grave après l'emploi du bistouri, ce que je n'ai point observé à la suite de l'écrasement qui a pour effet de condenser les tissus au lieu de les étaler, comme le fait la dissection qui ouvre, à plaie béante, les vaisseaux parfois volumineux des parois scrotales, notamment ceux de la cloison, et je ne m'étonne pas qu'on ait eu des cas d'hémorragie grave dans ces opérations de décortication, que j'ai qualifiées il y a longtemps d'inexécutables et de dangereuses, ce que l'événement a surabondamment prouvé.

Il est un accident (le champignon) qui a beaucoup occupé quelques chirurgiens, et qui, dans la pratique vétérinaire, joue un grand rôle à la suite de la castration ; nous voulons parler de ce boursoufflement fongueux qui succède à l'opération ordinaire et se développe sur le tronçon même du cordon, de manière à nécessiter une opération secondaire. La plaie à laquelle donne lieu l'écrasement est toujours à l'abri de cette complication.

Permettez-moi, messieurs, après les considérations que je viens de vous soumettre, de vous demander si c'est de cette manière qu'il convient d'entendre le progrès en chirurgie. Je vois la liste des accidents opératoires qui s'allonge démesurément. Il n'y manque aucun des accidents anciennement connus, et toute une classe d'accidents nouveaux vient s'y ajouter. Des opérations presque aussitôt abandonnées que proposées, mais qui ne sont abandonnées qu'après de regrettables expériences. N'est-il pas temps de rappeler, non pas le trop solennel *caveant consules*, mais le modeste avertissement de l'épique : *claudite rivos pueri, sat prata biberunt*. Deux morts sur sept opérés de sarcoçèle ; la proportion mérite d'être notée. C'est, si l'on accepte les statistiques de MM. Spencer Wells et Baker Brown, une mortalité plus forte que celle de l'ovariotomie. Le testicule devenant plus dangereux à enlever que l'ovaire, il y a là de quoi réfléchir.

M. DEMARQUAY. Je comprends très-bien qu'on ait appliqué l'écrasement linéaire à la section du cordon testiculaire. Je n'ai point eu recours à ce procédé, mais il me semble que toutes les fois qu'on l'emploiera, il sera sage de comprendre la peau dans l'anse de l'écraseur. Il y a certainement des cas où l'écrasement ne peut être appliqué : c'est quand la tumeur est grosse et qu'elle remonte dans le canal inguinal ; je n'oserais pas, pour ma part, sectionner le cordon avec la chaîne, car, si dans ce cas une hémorrhagie survenait, il serait presque impossible de l'arrêter.

La ligature partielle des vaisseaux du cordon est une opération facile lorsqu'on procède régulièrement. Je conçois qu'on fasse la ligature en masse, si l'on peut placer le fil loin de l'orifice externe du canal inguinal; la tuméfaction qui résulte de cette ligature pourrait être suivie de phénomènes d'étranglement, si l'opération se rapprochait du canal.

M. TILLAUX. On a successivement parlé de la récurrence du cancer après la castration, et des difficultés qui environnent le diagnostic des tumeurs du testicule. A cette occasion, je mentionnerai sommairement deux faits. Le premier est relatif à un homme de trente-quatre ans, porteur d'une tumeur du testicule. L'engorgement avait le volume du poing, on y rencontrait des bosselures fluctuantes; le développement s'était fait dans l'espace de quatre mois. M. Nélaton diagnostiqua un encéphaloïde, et l'opération fut pratiquée; c'était en 1864. J'ai revu le malade hier, sa santé est parfaite, il n'y a pas trace de récurrence.

Le second malade est un vieillard qui a passé quatre-vingts ans; il a été opéré par Roux, en 1845; il est toujours guéri. Le diagnostic porté par Boyer lui-même fut inscrit hydro-sarcocèle. Quoique Boyer fût déjà la distinction entre les diverses tumeurs du testicule et qu'il réservât le nom de sarcocèle pour les cancers, la persistance de la guérison me fait supposer que l'opération a été pratiquée pour une tumeur syphilitique.

M. DEMARQUAY. Il n'y a pas encore bien longtemps que les chirurgiens extirpaient les tumeurs syphilitiques du testicule; on n'évite cette faute que depuis qu'on apporte plus de rigueur dans l'établissement du diagnostic, et cela grâce à l'enseignement de MM. Ricord et Velpeau.

Le microscope peut induire en erreur sur la nature des tumeurs du testicule. Sous le rapport de la récurrence, il y a parfois dissidence entre l'examen anatomique et le résultat clinique. Je puis citer deux faits de guérison de cancer du testicule, qui remontent à 1849; j'ai également vu des cancers du sein guérir après plusieurs opérations successives. La présence de l'élément cancéreux dans une tumeur n'entraîne pas fatalement la récurrence du mal.

M. CHASSAIGNAC. Je puis rassurer M. Demarquay; l'hémorrhagie n'est point à redouter lorsqu'on fait la section du cordon avec la chaîne de l'écraseur. L'expérience est aujourd'hui bien faite, et la clinique a confirmé ce que démontraient déjà les nombreuses castrations faites par les vétérinaires. Aussi haut que remontent les tumeurs dans le canal inguinal, il faut, toutes les fois que cela est possible, avoir recours à l'écrasement.

Quant à la question de la récurrence du cancer, j'ai déjà signalé des faits de guérison persistante, ce que j'ai cru devoir attribuer à l'isolement absolu de certains cancers du testicule. Pour ce qui est des cancers en général, il n'y a que les accidents immédiats qui puissent éloigner l'idée d'une opération. L'extirpation d'un cancer, quand l'opération n'est pas grave en elle-même, est un moyen de prolonger la vie de beaucoup de malades. L'écrasement linéaire simplifie tellement les opérations, qu'il y a, dans l'emploi de cette méthode, de très-légitimes raisons pour opérer les tumeurs cancéreuses.

M. FOLLIN. A l'appui de ce que vient de dire M. Chassaignac, je citerai le fait suivant : j'ai opéré, il y a plusieurs années (1856), un jeune homme atteint d'un cancer du testicule. La récurrence n'a pas tardé à se manifester dans la cicatrice. J'ai appelé en consultation M. Richet. L'extirpation a été résolue. Depuis, la guérison se maintient, et cependant le microscope nous a démontré la nature cancéreuse des deux tumeurs enlevées.

M. BLOT. La destruction du cancer me paraît un moyen de prolonger l'existence des malades. J'ai détruit par le fer rouge un cancer du col utérin, et grâce à cette opération, la malade, qui était épuisée, a pu se rétablir, marier sa fille et arranger toutes ses affaires. L'opération lui a certainement procuré quinze à dix-huit mois. Il y a dans la vie un grand nombre de circonstances dans lesquelles on rend de grands services en éloignant le moment de la mort ; il ne faut jamais hésiter quand l'opération en elle-même n'offre pas trop de gravité.

M. DEMARQUAY. On a parlé de la curabilité du cancer, voici des faits. J'ai vu Blandin opérer une dame pour un cancer du sein, en 1840 ; elle est morte récemment. La sœur de cette malade avait un cancroïde de la face ; la mère était morte d'un cancer de l'utérus. Il y a dix ans, j'ai opéré avec M. Monod une femme affectée de cancer du sein ; il y a eu trois récurrences sur place. Trois ou quatre ans après la dernière opération, la malade jouissait d'une santé excellente.

J'ai encore guéri une dame d'un cancer du col utérin.

D'une manière générale, nous abandonnons nos opérés trop vite ; il serait nécessaire de leur faire prendre pendant longtemps de petites quantités d'iodure de potassium, en alternant avec les préparations arsenicales.

M. GUERSANT. Un mot sur le cancer du testicule chez l'enfant. J'en ai vu deux ou trois chez Dupuytren. Pendant mon séjour à l'hôpital des enfants, j'en ai opéré sept. J'ai toujours observé une récurrence prompte, après quelques mois, deux ans au plus. Malgré cela, je reste partisan de la castration ; peut-être faudrait-il préparer les jeunes sujets au moyen d'un traitement ioduré, comme le faisait

Dupuytren ; c'est ainsi que je procède, surtout dans les engorgements de nature douteuse.

Pour la castration, je préfère l'incision en arrière, et je fais la ligature partielle des vaisseaux. Chez un malade, l'opération ainsi faite fut néanmoins suivie de convulsions.

M. LARREY. Je n'ai pu suivre la discussion ; aussi craindrais-je, en insistant, de répéter ce qui a été certainement bien dit par nos collègues ; je désire insister seulement sur ce qui est relatif à l'engorgement du testicule chez les soldats. Dans l'armée, les engorgements du testicule paraissent souvent consécutifs à des influences mécaniques ; c'est une remarque que j'ai faite, je la soumetts à la Société, quoiqu'on n'attache pas en général d'importance au traumatisme, dans la production des cancers. La dégénérescence tuberculeuse est loin d'être rare dans l'armée ; le diagnostic, entre cette dernière affection et le cancer, offre souvent de grandes difficultés. Les premiers faits qui m'ont frappé avaient été recueillis par mon père, à l'hôpital du Gros-Caillou ; les pièces ont été présentées à la Société anatomique : il s'agissait de malades qui avaient subi la castration pour des tumeurs tuberculeuses ramollies. A cette occasion j'ai reçu de Delpech une lettre très-flatteuse ; l'illustre chirurgien signalait les difficultés du diagnostic, et m'engageait à ne point enlever les testicules tuberculeux. Depuis, cette pratique est devenue presque générale.

J'ai toujours donné la préférence à la ligature partielle des artères du cordon spermatique. L'écrasement linéaire peut offrir quelques avantages, mais seulement dans les cas où la tumeur est éloignée de l'anneau inguinal. Quand le cancer envahit le cordon, il faut préférer à l'écrasement la dissection attentive, afin d'enlever tout le mal. Quant à la récurrence qui accompagne la castration, j'ai déjà eu occasion de dire, dans une discussion précédente, qu'il me semblait que parmi les cancers externes, celui du testicule était le plus susceptible de moins récidiver. Ceci s'applique surtout à ces tumeurs dures que Dupuytren désignait sous le nom de squirrhe du testicule. Quand l'influence mécanique a réellement présidé à la production du cancer, on est peut-être encore autorisé à craindre moins la récurrence.

PRESENTATION DE PIÈCE.

Tumeur fibreuse du rectum.

— **M. DEMARQUAY** présente un polype du rectum, volumineux, ayant 9 centimètres de hauteur et 5 de largeur. Ce polype a été enlevé à l'aide de l'écrasement linéaire ; on se servit de cet instrument

pour disséquer en quelque sorte le polype ; la chaîne du ligateur était portée dans l'épaisseur des parties saines voisines, à l'aide de l'aiguille courbe. Grâce à cette manière de faire, le malade qui était exsangue ne perdit que très-peu de sang et supporta très-bien l'opération. Le sujet de cette observation est un homme de cinquante-sept ans ; il a toujours été bien portant jusqu'au mois de mai 1865, époque à laquelle il fut pris d'une hémorrhagie rectale ; depuis ce moment jusqu'à présent sa santé alla s'affaiblissant, il éprouvait constamment un malaise rectal ; il rendait sans cesse des mucosités fétides et sanguinolentes ; de plus, de temps en temps quand il faisait des efforts pour aller à la garde-robe, la tumeur rectale sortait plus ou moins complètement. Il entra à la maison de santé pour se faire guérir d'une prétendue dysenterie. Une exploration de la cavité rectale faisait découvrir une tumeur volumineuse assez molle, élastique, ne s'écrasant point sous la pression du doigt ; de plus, cette tumeur était insérée par une large base à la paroi postérieure de l'intestin rectum. On pouvait circonscrire la tumeur avec le doigt, excepté en haut ; après quelques hésitations dans le diagnostic, M. Demarquay se décida à enlever cette masse fibreuse, malgré la faiblesse du malade. Actuellement le malade est en voie de guérison.

La séance est levée à cinq heures.

Le vice-secrétaire, Dr DOLBEAU.

SÉANCE DU 25 SEPTEMBRE 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine ;

Le *Bulletin médical du nord de la France*.

— M. le docteur Ribell (de Barcelone) adresse une observation d'*Exostoses générales par nutrition anormale*. (Commissaire unique, M. Broca.)

— M. Letenneur (de Nantes), membre correspondant, adresse deux observations qui seront analysées.

— Le docteur Lizé (du Mans), membre correspondant, nous adresse une observation de *Rétrécissement du bassin nécessitant la céphalotripsie*; impossibilité d'extraire le fœtus, etc. (Sera analysée.)

— Notre collègue, M. Le Fort, demande un congé d'un mois.

— M. Delore (de Lyon) adresse deux exemplaires de la thèse de M. le docteur Léon Béraud : *De la tumeur et de la fistule lacrymales au point de vue du traitement*. (Prix Duval.)

— M. Broca offre à la Société le premier volume des *Bulletins de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux et hospices de Bordeaux*.

— M. le Président présente, de la part de M. Pamard (d'Avignon), des photographies représentant une exostose des fosses nasales. (Commissaire, M. Dolbeau.)

ECTROMÉLIE.

M. TILLAUX fait un rapport sur une observation adressée à la Société par M. Henri Dumont.

Messieurs,

J'ai l'honneur de vous rendre compte d'une note accompagnée d'un moule en plâtre présenté à la Société de chirurgie par M. le professeur Velpeau, au nom de M. le docteur Dumont (de la Havane). Il s'agit d'une monstruosité affectant les deux membres thoraciques. Le sujet est un enfant de douze ans, actuellement à la Havane. Le membre thoracique gauche manque complètement; à sa place existe une petite sphère molle, contractile, du volume d'une cerise. Du côté droit, voici ce que l'on observe : le bras a sa longueur et son volume normaux; l'avant-bras est extrêmement court, il mesure 7 à 8 centimètres seulement; le carpe est inappréciable sous les téguments; le métacarpe au contraire est démesurément long; le membre est terminé par trois doigts dont un situé sur le prolongement radial, très-petit, presque rudimentaire, paraît représenter le pouce; les deux autres sont suffisamment développés. L'articulation scapulo-humérale jouit de ses mouvements normaux. L'avant-bras est fléchi à angle droit sur le bras, et ne présente ainsi que les doigts qu'un mouvement de flexion fort limité. Le pouce ne possède aucun mouvement d'opposition.

Le côté gauche du thorax est plus développé que le côté droit; M. Dumont pense avec raison, je crois, que cela est dû au défaut de traction du membre supérieur absent, sur le scapulum d'une part, et à l'élévation de cet os par le trapèze d'autre part, d'où soulèvement des côtes, et par conséquent agrandissement du thorax de ce côté.

C'est à cela que se borne la communication de M. Dumont. J'ai dû, messieurs, chercher à classer la monstruosité que nous a signalée notre confrère.

Elle appartient à la classe désignée par Is. Geoffroy Saint-Hilaire, sous le nom d'*ectroméliens*, de *ἐκτρομέλιω*, je fais avorter, et *μέλος*, membre. Il y a là évidemment un avortement des membres supérieurs, complet pour le côté gauche, incomplet pour le côté droit. Ce n'est pas un phocomèle, puisque cette monstruosité est caractérisée par l'avortement de tout le membre, sauf l'extrémité qui va s'attacher à sa racine. Ce n'est pas un hémimèle, monstruosité inverse dans laquelle les extrémités n'existent plus, les autres segments du membre persistant plus ou moins. Je ne saurais ranger ce cas que dans le troisième genre admis par Geoffroy Saint-Hilaire, le genre *ectromèle*. Pour moi, cet enfant est un *ectromélien ectromèle*; l'*ectromélie* est complète, type à gauche, elle est incomplète à droite.

Ce cas me paraît intéressant à plusieurs points de vue :

Le premier, c'est qu'il présente un exemple d'*ectromélie* complète, unithoracique, et que chez l'homme, il est plus fréquent de voir l'*ectromélie* bithoracique, la nature observant ordinairement la loi de symétrie jusque dans la production des monstruosités.

Le second, c'est que les auteurs signalent comme constante la présence dans le petit moignon représentant le membre qui fait défaut d'un débris plus ou moins considérable du membre; or il ne semble pas que la petite sphère rétractile que j'ai signalée en contienne.

Quant au côté droit, je ferai remarquer la longueur excessive du métacarpe. M. Dumont dit, dans sa note, que la conformation extérieure du membre rappelle une aile d'oiseau; j'ajouterai que la conformation intérieure s'en rapproche également : métacarpe très-long, présence de trois doigts, dont celui du milieu est le plus développé. Pouce rudimentaire privé des mouvements d'opposition.

Je vous propose, messieurs, d'adresser à M. le docteur Dumont une lettre de remerciements pour son intéressante communication, et de déposer aux archives la note ainsi que le moule en plâtre qui l'accompagne.

M. VERNEUIL. A l'occasion du rapport qui vient d'être fait, je crois devoir présenter le moule d'une difformité que j'ai observée à Lourcine; c'est un cas d'*ectromélie* recueilli chez un adulte.

M. TRÉLAT. Je ferai remarquer qu'on ne peut rien affirmer touchant la réalité de la malformation qui fait l'objet du rapport de M. Tillaux. Un moule ne peut suffire à justifier les hypothèses de notre collègue. Il n'y a que trois doigts pour cette main incomplète :

à mon sens, ce sont un petit doigt, un médius et un index rudimentaire; il n'y a pas de pouce.

M. TILLAUX. Les hypothèses que j'ai formulées dans mon rapport sont justifiées par les détails que renferme l'observation de M. Dumont.

— **M. BROCA** trouve que le fait actuel est rare, et, à ce sujet, une discussion s'engage entre MM. Verneuil, Trélat et le rapporteur, pour savoir quelle place doit occuper la monstruosité en question parmi les arrêts de développement qui portent sur les membres.

La discussion sera reprise.

— **M. LARREY** fait la proposition, appuyée par M. Houel, qu'il soit fait un dessin de la pièce de M. Dumont.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

Le vice-secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 3 OCTOBRE 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de médecine;

*Le Recueil des actes du comité médical des Bouches-du-Rhône ;
Mémoires et comptes rendus de la Société des sciences médicales de Lyon.*

— **M. GIRALDÈS** offre en hommage à la Société, de la part de l'auteur, *The science and practice of surgery et Diseases of the ovaries*, par M. Spencer Wells.

— **M. LARREY** présente, au nom de M. le docteur Ch. Sarazin, candidat au titre de correspondant, une observation : *Fistule bronchiale borgne externe, chez une jeune fille de dix ans. — Opération. — Guérison.* (Commissaires : MM. Larrey, Després, Legouest.)

— **M. BROCA** présente, au nom de M. le docteur Bouyer, quatre observations, renvoyées à l'examen de MM. Tarnier, Broca, Dolbeau.

DISCUSSION.

Ectromélie.

M. TRÉLAT. J'avais dit, dans notre dernière séance, à propos du rapport de notre collègue M. Tillaux, qu'un certain nombre de faits ne trouvaient pas leur place dans les trois genres d'ectroméliens établis par I. Geoffroy Saint-Hilaire. Une foule de malformations des membres ne correspondent ni à la phocomélie, ni à l'hémimélie, ni à l'ectromélie proprement dite. Elles n'avaient pas été vues par l'illustre auteur que je viens de nommer, et il ne les a pas signalées davantage à propos des vices de conformation par défaut, qu'en traitant des monstres ectroméliens. Du reste, cette grande intelligence sentait bien que sa classification était incomplète en ce point, car après avoir remarqué que les caractères des genres ectroméliques n'ont pas de limites rigoureuses (*Histoire des anomalies*, t. III, page 236), il entrevoyait qu'on pourrait observer, par la suite, des sujets tenant à la fois de deux genres, et que ne saurait comprendre la méthode tératologique qu'il exposait. De là, disait-il, une difficulté de classification que l'on pourra résoudre en modifiant la distinction de l'un des groupes déjà établis, ou en constituant un genre de plus.

Cette difficulté est si réelle, que vous avez vu notre embarras dans la dernière séance. Le rapporteur classait la monstruosité qui était mise sous vos yeux parmi les ectroméliens ectromèles, M. Broca avait de la tendance à créer pour elle un des genres nouveaux pressentis par G. Saint-Hilaire, et je la considérais, suivant les errements de Debout, comme appartenant à la phocomélie.

En présence de ces incertitudes, j'ai pris, depuis longtemps, un parti que je ne voudrais imposer à personne, mais qui me semble sage. Je conserve les termes spécifiques ectroméliens, ectromélie ; je les applique à tous les cas d'avortement total ou partiel des membres ; mais je ne me sers plus des mots phocomèle ou hémimèle que comme d'adjectifs commodes pour désigner certaines variétés, sans y attacher aucun caractère de genre, et j'indique, par leur nom, les parties qui manquent ou qui sont défectueuses.

Tout en reconnaissant avec M. Tillaux que les cas d'ectromélie bi-thoracique sont plus fréquents que ceux où l'anomalie ne frappe qu'un seul côté, j'avais dit que ces cas ne sont pas excessivement rares. En effet, Debout a publié, dans son mémoire, huit cas d'hémimélie uni-thoracique ; Otto (pl. 47 de son atlas), Blandin (*Société anatomique*, t. II, page 188) ; M. Bordet (*Société anatomique*, t. XI, page 82) ; Debout (huitième observation), ont cité des cas de phocomélie unila-

térale. Je l'ai moi-même observée sur un homme de vingt-sept ans, nommé Voitrin, qui se présenta à la consultation du bureau central. Il avait un humérus de 10 centimètres plus court que celui du côté opposé.

Enfin, les observations septième et vingt et unième du mémoire de Debout sont des faits d'ectromélie thoracique complète, mais unilatérale de la même façon que chez le sujet dont nous a entretenus M. Tillaux.

Il est donc établi que l'ectromélie thoracique unilatérale est loin d'être aussi rare que le pensait G. Saint-Hilaire. Mais ce qui est plus que rare, c'est qu'on n'a jamais observé jusqu'ici, c'est l'ectromélie complète portant sur un seul membre supérieur avec intégrité parfaite des trois autres membres.

Debout a donné une bonne et simple raison de ce fait : il a vu que l'anomalie est d'autant plus étendue qu'elle est plus profonde ou plus grave ; aussi rencontre-t-on souvent de faibles anomalies *monoméliques*, tandis que les vices de conformation graves sont presque toujours *polyméliques*. Ce n'est pas parce que la nature observe la loi de symétrie jusque dans la production des monstruosité, comme le disait notre collègue M. Tillaux, car à ce compte, les ectromélies pelviennes devraient être le plus souvent doubles, tandis qu'on les rencontre fréquemment simples, ainsi qu'on peut le voir par les observations de Debout.

Enfin, contre l'opinion de MM. Broca et Houel, j'avais avancé que les malformations analogues à celles que nous avons sous les yeux, n'étaient pas sans exemple. Mon souvenir ne m'avait pas trompé.

Les planches 46 et 47 de l'atlas d'Otto montrent des sujets ayant les bras bien conformés, l'avant-bras très-court, articulé à angle fixe avec l'humérus, un carpe insuffisant et quatre doigts seulement. De mon côté, j'ai observé et j'ai dessiné la disposition suivante sur un enfant mort-né, recueilli aux Enfants trouvés, par mon ami M. Millard. Le bras et l'avant-bras droits sont normaux, sauf une luxation par malformation de l'article huméro-radial. La main n'a que trois doigts, l'index, le médius et l'annulaire. Du côté gauche l'anomalie est beaucoup plus complète : l'humérus n'a pas de tête ; sa diaphyse n'a guère qu'un centimètre ; le cubitus manque et le radius est constituée par un os allongé qui porte à son côté interne une forte apophyse transversale, donnant insertion à tous les tendons fléchisseurs fortement rétractés. Deux tubercules cartilagineux représentent les deux rangées du carpe. Il y a deux métacarpiens complets et un troisième en partie fibreux ; ils donnent naissance à trois doigts : un annulaire et un médius fléchis et palmés, et un indicateur retourné et tortillé vers la face dorsale de la main.

Sans doute il n'y a pas similitude complète entre ces cas et celui qui nous a valu le rapport de M. Tillaux, mais il existe entre eux de suffisantes analogies pour qu'on puisse les placer dans la même catégorie ou dans le même sous-genre.

COMMUNICATIONS

Sur un oeil artificiel destiné à faciliter les études ophthalmoscopiques.

M. M. PERRIN. On sait combien sont longues et décevantes les épreuves de l'initiation en matière d'ophtalmoscopie. C'est à ce point que le plus grand nombre cèdent au découragement, et que ce procédé d'investigation si précieux, si fécond, reste encore confiné en quelques mains après une existence de plus de douze années.

Le principal obstacle au progrès me paraît résider dans le peu de durée et le peu de régularité des exercices ophtalmoscopiques. On oublie le lendemain ce que l'on a appris la veille! Le maniement de l'ophtalmoscope mobile est avant tout œuvre de dextérité manuelle. Celle-ci ne s'acquiert vite et sûrement qu'avec des exercices suffisamment prolongés et suffisamment rapprochés. Ces conditions sont à peu près irréalisables si l'on n'a pour sujet que l'œil vivant. Celui-ci, s'il est sain, se fatigue vite, s'éclaire assez difficilement par suite du resserrement de la pupille que provoque la lumière vive du réflecteur. Il est vrai qu'on peut y obvier par l'emploi de l'atropine, mais alors on paralyse l'accommodation, on trouble temporairement la vue, et la ressource de la veille, édifiée par l'expérience, se gardera bien de se prêter à de nouvelles investigations, qui ne seraient pas d'ailleurs entièrement inoffensives avec un iris rendu immobile. Avec l'œil amaurotique, ces inconvénients n'existent pas; la facilité de l'observation n'y gagne guère, parce qu'avec la faculté visuelle disparaissent progressivement et la direction et la fixité du regard.

Dans les hôpitaux, on parvient, avec un peu de zèle, à triompher de ces obstacles; pour le médecin ou l'étudiant, réduit à ses ressources personnelles, c'est à peu près impossible.

C'est pour ce motif, sans doute, que, dès le début, on a songé à remplacer l'œil vivant par un œil artificiel. Diverses tentatives ont été faites dans cette direction, tant en France qu'en Allemagne, mais je ne crois pas m'écarter de la vérité en disant qu'aucune d'elles n'a atteint son but.

Pressé par les exigences d'un enseignement destiné à de nombreux élèves, je me suis mis à l'œuvre à mon tour, et j'espère être arrivé, après bien des tâtonnements, à un résultat meilleur et de nature à

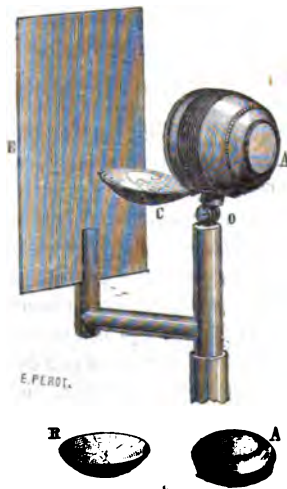
vulgariser l'emploi de l'ophthalmoscope. J'ajouterai que ce n'est qu'après une expérience fructueuse de deux années que je me décide à soumettre à votre appréciation un petit appareil construit sur mes indications, par M. Nachet, et que j'appellerai *œil ophthalmoscopique*, puisqu'il faut lui donner un nom.

Cet appareil se compose d'une sphère creuse en cuivre dont la cavité est approximativement égale au volume du globe oculaire. Cette sphère supportée par un pied qui peut s'élever ou s'abaisser à volonté, et qui est en outre pourvue d'une articulation O à sa partie supérieure, peut être tournée et inclinée dans tous les sens.

Elle se décompose en trois parties :

1° Une partie moyenne, qui correspond à la zone équatoriale, s'articule avec la tige ; elle est noircie à l'intérieur et représente plus spécialement la cavité intra-oculaire ;

2° Une partie antérieure A, qui correspond au segment polaire antérieur, se compose d'une pièce en cuivre munie d'un pas de vis assez long, à l'aide duquel il s'ajuste sur la partie précédente.



Elle renferme l'appareil dioptrique de l'œil représenté ici, pour plus de simplicité et avec une exactitude suffisante, par une seule lentille plan-convexe d'un foyer approprié. Deux petits diaphragmes, l'un de 7 millimètres, et l'autre de 3 millimètres d'ouverture, destinés à donner les différents degrés de dilatation pupillaire, s'adaptent, à

l'aide d'un pas de vis, immédiatement en avant de la lentille réfringente.

3° Une partie postérieure C, qui correspond au segment polaire postérieur, s'articule avec la partie moyenne à l'aide d'une petite charnière qui permet de l'ouvrir ou de la fermer à la façon d'une tabatière. Cette dernière pièce peut recevoir dans sa cavité de petites cupules en cuivre R de même rayon de courbure qu'elle, et sur lesquelles peuvent être peintes les images ophtalmoscopiques du fond de l'œil soit normal, soit pathologique.

J'ai fait représenter ici quelques types. Chacun peut les varier à son gré et même recueillir ou faire recueillir les faits intéressants de sa pratique personnelle, en se munissant de cupules préparées et non peintes.

Ces trois parties réunies constituent un globe oculaire complet.

Si la lentille est emmétrope, si la cupule représente l'état physiologique, on a à sa disposition un œil artificiel normal, sur lequel on peut s'exercer au maniement de l'ophtalmoscope absolument comme sur l'œil vivant.

J'ai fait disposer en arrière de l'œil un écran E, destiné à renseigner les débutants sur la direction de leur éclairage.

Chaque appareil est pourvu de trois lentilles de valeur réfringente différente, destinées à reproduire les divers états dioptriques de l'œil humain. L'une d'elles a son foyer exactement sur la rétine, quand la virole en cuivre qui la supporte est vissée à fond : elle correspond à l'œil emmétrope. Il suffit de dévisser la virole autant que possible sans la démonter, pour augmenter d'autant la longueur de l'axe antéro-postérieur du globe, et pour obtenir un degré de myopie assez élevé pour être reconnu au réflecteur. Avec la même lentille, on obtient ainsi à volonté un œil emmétrope ou myope. J'ai fait graver sur sa monture, pour la reconnaître, les lettres E et M, qui sont, comme on sait, les signes habituels de la notation de l'emmétropie et de la myopie.

Une seconde lentille, montée de la même façon, a son foyer au delà de la rétine : elle rend l'œil hypermétrope ; la lettre H sert à la reconnaître.

Enfin une troisième, sphéro-cylindrique, rend l'œil astigmat. Elle est désignée par les lettres A s.

Les détails de construction, dans lesquels je viens d'entrer, montrent aisément quels sont les avantages spéciaux de ce petit appareil.

Ils sont de trois ordres :

1° L'œil ophtalmoscopique permet de s'exercer autant qu'on le

veut et quand on le veut au maniement de l'ophthalmoscope. Les séances peuvent être plus longues, plus rapprochées et plus régulières.

Il en résulte que, en même temps que l'on se familiarise avec les aspects ophtalmoscopiques du fond de l'œil normal et pathologique, on acquiert très-promptement cette harmonie de mouvement qui maintient en quelque sorte automatiquement sur le même axe les deux éléments de l'ophthalmoscope mobile, le réflecteur d'une part, et la lentille de l'autre. J'ai pu m'assurer bien des fois qu'un jour ou deux d'exercices, même chez des personnes étrangères à la médecine, étaient suffisants pour permettre de voir dans un œil vivant, pourvu que la pupille soit dilatée, le regard fixe et bien dirigé.

Il est à peine utile de dire que les premiers essais seront faits sans diaphragme pré-cristallinien, c'est-à-dire avec une énorme pupille. On continuera ensuite en augmentant progressivement les difficultés de l'éclairage par l'interposition du diaphragme le plus large d'abord, puis le plus étroit. Quand on perçoit nettement les détails du fond de l'œil à travers ce dernier, on peut aborder l'œil vivant.

Dans l'œil artificiel, l'appareil dioptrique, n'étant pas achromatique, fournit, quand la pupille est large surtout, des cercles brillants et colorés. Les effets catoptriques sont aussi plus accusés que dans l'œil vivant.

Tous ces effets lumineux gênent l'observateur. J'avoue que je ne m'en suis pas préoccupé, parce que je cherchais plutôt à augmenter les difficultés qu'à les diminuer.

2° Un second avantage non moins intéressant, non moins pratique, et sur lequel j'appelle plus particulièrement l'attention, réside dans la facilité avec laquelle on peut se familiariser avec les modifications apportées dans les explorations ophtalmoscopiques, par les divers états amétropiques de l'œil. L'emploi de l'ophthalmoscope en optométrie a été fort bien étudié. Mais, il faut bien en convenir, il n'est utilisé que par un très-petit nombre. Son rôle a été jusqu'alors plus théorique que pratique, même pour les observateurs exercés. J'en vois la cause dans les difficultés que l'on éprouve à trouver, à point nommé, des yeux myopes, hypermétropes ou astigmatés, qui permettent de sanctionner la théorie par l'expérience.

Avec l'œil ophtalmoscopique tout embarras disparaît. On constate très-facilement que, dans tout état emmétropique un peu élevé, les détails du fond de l'œil, la pupille, le système vasculaire, rétinien, etc., sont visibles au simple réflecteur ; que leur image est droite si le foyer est anté-rétinien, et renversée s'il est post-rétinien.

Et de même on vérifie les changements de forme que subit la pa-

pille dans l'œil astigmat, leur direction suivant deux méridiens perpendiculaires entre eux, selon le mode d'exploration, etc., etc.

Ce sont là des théorèmes qui semblent fort ardues et peu pratiques à tous ceux qui ne sont pas familiarisés avec les lois de la réfraction appliquées à l'optique physiologique. Avec cet appareil, leur constatation, en l'absence même de toute connaissance théorique, est plus facile, plus rapide qu'une simple exploration ophtalmoscopique.

3^e Enfin, l'œil ophtalmoscopique est destiné à un troisième but, qui sera plus particulièrement apprécié par l'enseignement. En enlevant la cupule mobile qui représente la rétine, on dispose d'un œil artificiel que l'on peut éclairer par derrière à l'aide d'un procédé approprié. Le fond de l'œil, qui est translucide et sur lequel est tracée une croix renversée, laissera passer les faisceaux lumineux qui, poursuivant leur marche, sortiront par la pupille en suivant les mêmes directions que pendant l'exploration ophtalmoscopique.

Si l'éclairage est suffisant, le milieu suffisamment obscur, on pourra démontrer expérimentalement les conditions de formation, de siège, de grandeur, de direction, etc., de l'image ophtalmoscopique.

Depuis bien longtemps déjà, j'ai commandé à un fabricant, sans pouvoir l'obtenir encore, une sorte de petite lanterne qui rendra cet éclairage simple et facile, je l'espère. Par suite de ce retard involontaire, je ne puis avoir sur cette dernière propriété que des prévisions théoriques.

M. FOUCHER. Je me suis servi du petit appareil de M. Perrin, pour exercer les élèves au maniement de l'ophtalmoSCOPE. Je n'ai pu vérifier ce que nous a dit notre collègue relativement au diagnostic des divers états amétropiques de l'œil, parce que l'appareil que j'ai à ma disposition ne renferme pas toutes les pièces qui composent celui qu'on vient de nous montrer. Il est certain que cet appareil rendra de grands services aux commençants; il leur permet de s'exercer à bien diriger les rayons lumineux dans l'œil et à les y maintenir; il les habitue à placer le miroir et la lentille à une distance convenable, et j'ai remarqué souvent que les élèves, après s'être livrés à ces exercices, arrivaient facilement à voir le fond de l'œil vivant. Je dois dire, toutefois, que les reflets brillants et colorés que produit la lumière dans cet appareil, gênent considérablement les débutants, et qu'ils ont de la peine à s'en débarrasser. Enfin, il faut être prévenu que, malgré le soin avec lequel ont été peintes les diverses pièces qui représentent les états de la choroïde et de la rétine, il ne faut pas s'attendre à y retrouver complètement les apparences que l'on rencontre sur le vivant.

M. TILLAUX. Je saisis l'occasion de déclarer que j'ai pu me con-

vaincre plusieurs fois, grâce à l'obligeance de M. Perrin, de la merveilleuse facilité de l'étude ophtalmoscopique lorsqu'on s'y est bien préparé à l'aide de son appareil.

M. PERRIN. Les remarques de M. Foucher, à propos des reflets produits dans l'œil artificiel, sont très-exactes. Mais j'avoue que je m'en préoccupe peu. J'ai l'habitude de constater que les élèves arrivent aisément malgré cela à bien observer, et les quelques difficultés qu'ils ont éprouvées leur rendent plus facile l'examen de l'œil humain.

— **M. DOLBEAU** demande que M. Perrin veuille bien donner une démonstration pratique de son appareil devant la Société, ce que notre collègue veut bien faire séance tenante.

Lésions des glandes sudoripares dans l'ulcération chancreuse simple.

M. VERNEUIL met sous les yeux de la Société une série de pièces et de dessins, destinés à montrer les altérations que subissent les glandes de la peau dans certains chancres simples, et dans l'ulcération inguinale qui succède à l'ouverture du bubon chancreux (chancre inguinal).

Il résulte de l'exposition faite par M. Verneuil : 1° que dans le chancre simple, les glandes sudoripares peuvent être mises à nu et non détruites par l'ulcération de la peau.

2° Que ces glandes, en se tuméfiant et en s'hypertrophiant, peuvent, lorsqu'arrive la période de réparation, faire saillie au fond du cratère chancreux, végéter et s'élever à la manière d'un fungus, constituer alors une des variétés importantes de l'*ulcus elevatum*, et dans cet état simuler la plaque muqueuse.

3° Que l'adénome qui en résulte en se durcissant et en se couvrant d'épiderme, peut donner naissance à une induration tardive, non inflammatoire, qui, faute d'attention et d'une connaissance exacte de ce processus, pourrait être prise pour l'induration persistante d'un chancre infectant.

4° Cette pseudo-induration, examinée au microscope, présente les caractères essentiels de l'adénome sudoripare : épithélium nucléaire ou pavimenteux à petites cellules hexagonales, noyaux allongés, elliptiques, globes épidermiques, etc. La glande toutefois a perdu sa structure lobuleuse, qu'on ne reconnaît que dans la première période du mal et avant le commencement de la période de réparation.

5° En dehors de l'examen microscopique, on peut encore reconnaître la pseudo-induration à des caractères assez délicats à saisir, et surtout à son apparition très-tardive, alors qu'on ne peut plus invoquer l'état

inflammatoire qui accompagne le travail d'ulcération dans sa période d'activité.

6° La pseudo-induration de nature glandulaire est une terminaison rare du chancre mou. La métamorphose en pseudo-plaque muqueuse l'est beaucoup moins, elle est commune surtout chez la femme au voisinage de la région anale.

7° L'importance seméiologique extrême qu'on accorde à l'induration tardive et indolente qui succède au chancre en général et aux plaques muqueuses, indique tout l'intérêt qu'il y a à ne pas confondre un accident en quelque sorte pathognomonique de la vérole avec d'autres altérations consécutives au chancre simple. On comprend à quelles erreurs de diagnostic et de pronostic thérapeutique une pareille méprise pourrait conduire.

8° Une altération très-analogue des glandes sudoripares peut naître à la suite d'un chancre inguinal. Seulement la disposition des saillies glandulaires est inverse, ce qui se comprend sans peine dans le chancre ordinaire; en effet, le travail ulcératif marche de dehors en dedans ou de la superficie à la profondeur. La glande mise à nu par sa face interne est isolée de la peau et reste adhérente au tissu cellulaire sous-cutané. C'est de là, quand elle n'est pas détruite, qu'elle végète et s'élève. Dans le chancre inguinal au contraire, la peau n'est intéressée et perforée qu'en dernier lieu. Le décollement effectué par le foyer purulent soulève le derme et avec lui ses annexes, c'est-à-dire les glandes: aussi ces dernières restent-elles adhérentes au ligament par celle de leurs faces qui donne naissance au conduit excréteur. D'où résulte encore que les adénomes, quand ils se produisent, font saillie à la face profonde de la peau décollée, et s'y présentent sous la forme de petits mamelons libres dans la plus grande partie de leur étendue.

9° Comme dans le chancre ordinaire, l'adénome sudoripare du chancre inguinal ne se produit que tardivement, lorsque le travail de réparation est en pleine voie. Aussi ne peut-on guère le rencontrer que sur des bubons ouverts depuis longtemps, à bords calleux et déjà en parties recouverts d'épiderme. Dans ces cas, en examinant avec soin les bords en question, il n'est pas rare d'y rencontrer de petites masses du volume d'une tête d'épingle à un grain de chènevis, dures, résistantes, d'un rose pâle, assez bien isolées et se distinguant des autres bourgeons charnus, par leur consistance beaucoup plus grande, leur couleur plus pâle, leur vascularité moindre, et enfin leurs caractères histologiques. Le microscope, en effet, y révèle la structure déjà indiquée plus haut pour les indurations glandulaires, c'est-à-dire le même épithélium, les mêmes globes épidermiques, etc.

C'est l'examen d'un de ces bourgeons particuliers, fait sans idée préconçue, qui pour la première fois a mis M. Verneuil sur la voie de ces lésions glandulaires aussi singulières qu'inattendues.

40° Quoique l'hypertrophie glandulaire paraisse débiter par les bords de l'ulcère, c'est-à-dire dans le point où le travail de réparation prédomine, on peut rencontrer des glandes altérées dans toute l'étendue de la portion décollée de la peau. Sur une des pièces montrées à la Société et qui comprend toute la paroi supérieure d'un décollement réséqué circulairement, on voit toute la face profonde de l'anneau cutané excisé tapissée d'une couche presque continue de glomérules à peine adhérentes, de consistance cornée, de dimensions à peu près égales et dont l'œil nu soupçonne déjà la nature glandulaire. Sur une surface qui égale à peine un demi-pouce carré on peut compter plus de vingt glandes bien distinctes.

41° Si ces adenomes naissent sous l'influence d'un travail très-lent de cicatrisation, on conçoit également qu'ils retardent à leur tour l'achèvement de la réparation, en effet, ils doivent agir à la face profonde de la plaie à la manière des corps étrangers et ne contracter qu'avec peine l'adhésion secondaire avec la paroi opposée du décollement, laquelle est tapissée de bourgeons charnus ordinaires. Peut-être même le recollement n'est-il possible qu'après l'atrophie de ces glomérules; mais on ne saurait, faute d'observation directe, rien dire de certain à cet égard.

42° M. Verneuil regrette que son passage trop court à l'hôpital du Midi et l'époque tardive à laquelle il a commencé ces recherches ne lui aient pas permis de les pousser jusqu'au bout, il engage donc ses collègues des hôpitaux à poursuivre une étude aussi féconde. Quoi qu'il en soit, si imparfaites que soient ces données, en ce qui touche surtout le chancre simple, elles tendent à rendre encore plus radicales les différences déjà si nombreuses que les modernes ont signalées entre le chancre simple et le chancre infectant.

43° Plus on étudiera le processus du premier, plus on verra qu'il est absolument différent de celui qui accompagne le second; les arguments tirés de l'anatomie pathologique et de l'histologie auront donc cet avantage précieux d'appuyer encore plus solidement la belle théorie de la dualité chancreuse, théorie qui n'est plus guère douteuse pour ceux qui consentent à voir les faits sans idées préconçues et sans s'incliner devant le joug des doctrines.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Double fracture compliquée des fémurs, guérison sans claudication.

M. NOGUÈS, chirurgien-major, présente le sujet atteint de ce double traumatisme, et en remet l'observation suivante :

Fracture oblique des deux fémurs. — Complication de plaie du côté gauche, produite par l'issue d'un des fragments. — Fracture compliquée du maxillaire inférieur. — Commotion cérébrale. — Cachexie scorbutique, ramollissement du cal à gauche. — Élimination d'une esquille. — Guérison. — Difformité, raccourcissement et claudication pour ainsi dire nuls, par le docteur HERBECQ, médecin-major de 1^{re} classe à l'hôpital militaire de Bayonne.

Dans la nuit du 20 février 1865, le caporal B..., du 93^e de ligne, rentrant à la caserne du Château-Neuf dans un état d'ivresse, s'était égaré dans une chambre du second étage. Sa présence parut suspecte aux hommes qui y étaient couchés ; ils voulurent l'arrêter ; mais le caporal, en leur échappant, se précipita par la fenêtre et tomba sur le pavé de la cour.

Informé de l'accident, je me rendis à l'hôpital où le blessé venait d'être transporté par les soins des médecins du corps, MM. les docteurs Noguès et Mercadier.

Le caporal B... a vingt-quatre ans ; il est de taille moyenne, fort bien musclé et d'un tempérament lymphatique.

Je le trouve sans connaissance, ne présentant qu'une sensibilité très-obtuse, ce que j'attribue à son état d'ivresse, mais surtout à la commotion cérébrale résultant de la chute qu'il vient de faire. Le poulx est déprimé ; il y a tendance au refroidissement.

Mes collègues et moi constatons :

1^o Du sang s'écoule de la bouche et d'une plaie située au-dessous du menton ; il existe une fracture du maxillaire au niveau de la symphyse. Le doigt peut pénétrer jusqu'à cette fracture, soit à travers la gencive, soit par la plaie ; il y constate des esquilles et des fragments de dents brisées. Plusieurs petites molaires sont arrachées ou cassées, les incisives plus ou moins ébranlées. Il semble qu'il existe de la crépitation au niveau du col de la branche montante du maxillaire à droite ; mais la fracture, en ce point, n'a jamais été bien constatée.

2^o Il s'écoule du sang par le conduit auditif droit, mais on ne peut en découvrir la source.

3^o Les cuisses sont déformées, leur raccourcissement est évident ;

il est facile de reconnaître la fracture des deux fémurs un peu au-dessous de leur milieu. Elle doit être oblique à cause du chevauchement considérable des fragments qui sont saillie, pendant que les pieds retombent en dehors. Ce déplacement se reproduit dès que les parties cessent d'être maintenues.

A droite : la fracture est simple ; elle me paraît avoir sa direction de haut en bas et de dedans en dehors. L'extrémité du fragment supérieur se sent à la face externe du membre. Les téguments sont intacts.

A gauche : la fracture me paraît s'être faite de haut en bas et d'arrière en avant. En effet, il existe à la face antérieure de la cuisse une plaie qui résulte clairement de l'issue d'un des fragments ; et la direction de la plaie me porte à croire que le fragment supérieur a traversé la peau au moment de la chute. Le doigt introduit dans la plaie ne peut atteindre le foyer de la fracture, et ne sent point d'eschilles. Cette recherche est faite avec ménagement.

4^e Il n'existe aucune autre lésion.

Pansement : les plaies étant débarrassées du sang et des corps étrangers qu'elles contiennent, une fronde est appliquée au menton.

Pour les membres inférieurs, je construis, à l'aide de draps et de traversins, un double plan incliné sur lequel les genoux se trouvent fléchis. Le plein d'un drap plié selon sa longueur est placé au devant des jambes, comme moyen d'extension ; ses extrémités sont fixées au lit. La contre-extension est produite par le poids du corps. Le lieu des fractures est enveloppé de compresses froides. Boissons aromatiques chaudes. Le pouls se relève.

Le 21 février, le malade supporte bien sa position ; intelligence plus nette, réaction modérée. Une planche assez large est interposée entre la paillasse et le matelas.

Je fais construire une boîte de Baudens à deux compartiments, de telle façon que le siège soit placé à l'aise dans l'évasement compris entre les deux plans latéraux qui s'élèvent jusqu'aux orêtes iliaques.

Je l'applique trente-six heures après l'accident. Le système de déligation est le même que celui qui a été décrit par l'habile chirurgien du Val-de-Grâce, avec la différence que chacun des liens de la contre-extension va s'attacher au montant de la tête du lit. Le plan du lit incline des pieds vers la tête pour éviter que le poids du corps ne vienne agir dans le sens du chevauchement, et pour favoriser la contre-extension. Continuation des applications froides sur les cuisses.

Pour maintenir les fragments du maxillaire, j'ai recours à un fil de platine embrassant les incisives médianes ; il est renforcé par un fil de soie qui relie les quatre incisives ; les dents de gauche, plus forte-

ment ébranlées, tombèrent plus tard. La fronde du menton, renouvelée à chaque pansement, complète la contention. Sauf une esquille qui fut éliminée consécutivement par la plaie située sous la symphyse, le travail de réparation a marché régulièrement et s'est terminé en six semaines, sans autre difformité qu'un peu de retrait du menton, résultat inévitable de la perte de substance. — Les aliments ont été aussi substantiels que possible, on les a administrés par le vide qu'a occasionné la perte des molaires et des canines.

Est-ce à l'issue facile du pus par la plaie que le blessé doit de n'avoir éprouvé aucun des accidents d'infection putride à craindre en pareil cas ? (Richet. — Baron Larrey, Société impériale de chirurgie, séance du 27 septembre 1865.) — Dupuytren conseillait, quand il n'y avait pas de plaie extérieure, de faire une contre-ouverture dans la région sus-hyoïdienne.

Dans les jours qui suivent l'accident, la face est tuméfiée et ecchymosée, les paupières en particulier. Ces signes d'une abondante extravasation sanguine ne se dissipent qu'avec lenteur.

Aux membres inférieurs, lorsque je cesse les irrigations froides, je remplace les lacs coaptateurs de Baudens par un bandage de Scultet, dans l'espoir qu'une compression méthodique ainsi exercée s'opposera plus efficacement à l'action musculaire et assurera mieux la coaptation.

Je ménage une ouverture en face de la plaie, et j'en double le pourtour avec un tissu imperméable. — Ces bandages sont réappliqués au fur et à mesure du retrait des parties molles. — L'extension et la contre-extension sont maintenues dans un juste degré d'efficacité. — L'état général est l'objet d'une surveillance attentive, ainsi que les mouvements du blessé, et en particulier ceux auxquels il est obligé de se livrer pour satisfaire aux besoins d'exonération.

Résumé de l'état du blessé, six semaines après l'accident :

État général bon ; — fracture du maxillaire consolidée, plaie du menton presque complètement cicatrisée. — Le blessé peut soulever ses membres inférieurs au-dessus du plan du lit ; les cuisses ont à peu près la même longueur et ne présentent pas de difformité. En promenant les doigts sur la cuisse droite, on sent la saillie du fragment supérieur. — A gauche on perçoit une induration des tissus profonds qui font corps avec le cal. La plaie ne fournit plus qu'une goutte de sérosité par vingt-quatre heures.

Il me semblait que le moment arrivait de rendre un peu de liberté aux membres inférieurs ; car immobiliser trop longtemps le blessé, n'était-ce pas faire souffrir sa nutrition ?

M. le Dr Maupin, médecin principal de 4^{re} classe, reprend le ser-

vice de chirurgie. A la botte double à fracture de cuisse il substitue, pour chaque membre, une botte à fracture de jambe de Baudens qui doit servir à continuer l'extension, tandis que les cuisses demeurées libres sont légèrement fléchies vers le bassin. La contre-extension se fait encore de la racine des cuisses à la tête du lit.

Rien à noter pendant trois semaines. A cette époque le foyer de la fracture à gauche devient le siège d'un travail d'élimination. Une incision donne issue à une esquille de trois centimètres de long sur un de large, taillée en biseau et attribuée par M. le Dr Maupin au fragment inférieur. Le travail de réparation reprend son cours.

Le 40 mai. — Près de quatre-vingts jours se sont écoulés depuis l'accident. Les membres inférieurs sont rendus à la liberté; ils sont amaigris comme le reste du corps. Le malade présente quelques symptômes de scorbut.

Le 26. — Les symptômes du scorbut sont plus marqués. La figure est pâle et amaigrie, l'appétit s'est perdu. Les cicatrices de deux petites plaies produites au cou-de-pied gauche sont violacées; elles se rompent et laissent échapper en abondance du pus séro-sanguinolent. La plaie par laquelle a été extraite l'esquille secondaire fournissait à peine quelques gouttes de pus; elle a pris une teinte blafarde et verse depuis quelques jours des flots de pus mal lié. — Le cal est ramolli au point de permettre au membre de s'infléchir en arrière quand le malade veut se soulever; il est douloureux. — Après chaque pansement, le membre est immobilisé dans la position horizontale à l'aide de trois attelles bien ouatées, l'une postérieure dépassant le jarret de quatre travers de doigt, les deux autres latérales.

Le 5 juin. — Amélioration de l'état général. La plaie de la cuisse fournit moins de pus et il est d'un meilleur aspect. Le cal est moins sensible, il est toujours peu résistant.

Le 20. — Plus de traces de suppuration; le blessé peut lever le membre sans douleur et sans que la moindre hésitation soit remarquée dans la tige osseuse; la douleur du cal, spontanée ou provoquée, a disparu. La pâleur du malade, l'aspect violacé des cicatrices, persistent.

Le 23. — Amélioration générale.

Le 23 juillet. — État général satisfaisant : le malade se promène depuis quelques jours à l'aide de béquilles. Pas de douleurs dans le membre droit, les mouvements le réveillent dans le cal à gauche, mais ils cessent dès que le membre est au repos.

Aucun incident ne vient plus entraver la guérison, et le caporal B.... qui ne se sert plus que d'une canne, quitte l'hôpital le 42 septembre pour rentrer à son corps en garnison à Lorient. — Il y est

resté sans présenter aucun accident jusqu'au moment où il a été envoyé à Baréges pour y faire usage des eaux, du 4^{er} juin au 9 juillet 1866.

Mon collègue et ami le Dr Noguès, médecin-major de 4^{re} classe du 93^e d'infanterie, m'a fourni les renseignements suivants qu'il a recueillis sur le caporal B.... à sa rentrée des eaux :

« Paris, le 27 juillet 1866.

« La mâchoire fonctionne bien. Les dents absentes sont : à droite, les petites molaires et la canine dont il ne reste plus que la racine. Les incisives existent. A gauche, il manque les deux incisives, la canine et les petites molaires dont une seulement a conservé sa racine; dans la mastication, les grosses molaires qui sont intactes et au complet se correspondent bien. Le menton est un peu dévié à gauche; la joue droite un peu plus creuse.

« 2^e La taille portée sur le livret du caporal B.... au moment de son incorporation est de 1^m 600^{mm}. Je viens de le toiser moi-même et je trouve exactement la même taille. Son accident lui a fait perdre exactement tout ce qu'il avait dû gagner en croissance depuis son arrivée au service; mais comme il n'a été toisé qu'à son arrivée au corps, il est impossible de déterminer la quotité de cette perte. — Le raccourcissement est à gauche d'un centimètre plus fort qu'à droite; je viens de m'en assurer par plusieurs mensurations comparatives. — C'est à gauche qu'il y avait une plaie par laquelle est sortie une esquille consécutive.

« 3^e La courbure des cuisses chez tous les hommes, un peu plus chez ceux qui sont petits et trapus, présente un certain degré de convexité en avant et en dehors. La convexité en dehors est exagérée chez le caporal B...., surtout à la cuisse gauche. La cicatrice ne paraît pas adhérer à l'os. Le cal de ce côté paraît plus volumineux.

« 4^e Ce n'est que rarement, dans les brusques changements de temps, surtout quand l'hygrométrie de l'atmosphère devient plus prononcée, que B.... ressent de la douleur au siège de la fracture du membre gauche.

« 5^e La marche est facile, la claudication très-légère, il faut de l'attention pour la reconnaître. Elle ne saurait être attribuée à la douleur qui n'existe qu'exceptionnellement; elle doit reconnaître pour cause l'inégalité des deux membres et la roideur des articulations.

« 6^e Le caporal B.... éprouve une gêne très-grande à prendre la position accroupie; le tronc ne se fléchit sur les cuisses, et celles-ci ne se fléchissent sur les jambes que d'une manière très-incomplète.

« L'état des muscles qui ont été déchirés lors de l'accident, puis en-

globés par le cal lorsqu'il a réuni les fragments chevauchant l'un sur l'autre, ne doit pas leur permettre de s'allonger comme ils le faisaient dans leur intégrité. Il n'y a pas rétraction musculaire, mais solution de continuité et perte de substance.

« Ne serait-ce pas la cause de cette gêne au moins autant que la raideur articulaire ?

« 7° L'état général de B.... est excellent. Les eaux ont produit un très-bon effet, surtout en amoindrissant de beaucoup les raideurs articulaires, qui me paraissent avoir chance de disparaître complètement après une seconde saison à Baréges.

« 8° Le caporal B.... pourrait très-bien continuer un service sédentaire; mais comme il lui serait impossible de satisfaire à toutes les exigences du service actif, il va être proposé pour la réforme. »

Les renseignements confirment l'espoir que nous avions fondé sur la parfaite guérison du blessé à sa sortie de l'hôpital militaire de Bayonne : elle a été constatée par le conseil de santé des armées auquel le caporal B.... a été présenté par le docteur Noguès.

M. DESPRÉS. M. Velpeau a depuis longtemps indiqué, dans ses leçons cliniques, que les malades ne boitaient pas même avec un raccourcissement de deux ou trois centimètres. S'il était présent, il ajouterait sans doute que le raccourcissement devait être peu à craindre dans ce cas, puisque les deux cuisses étaient fracturées.

M. CHASSAIGNAC. J'ai donné des soins à un malade qui avait les deux cuisses et la colonne vertébrale fracturées; de même que celui-ci, il guérit sans raccourcissement et marcha sans boiter. J'avais attribué cet heureux résultat à deux causes : d'abord à la paraplégie, qui persista longtemps et enleva aux muscles tout pouvoir contractile pendant le traitement qui fut des plus simples; en second lieu à ce que les deux membres avaient été simultanément brisés.

M. LARREY. J'avais eu l'occasion de voir à Toulouse l'intéressant sujet que vient de nous présenter M. Noguès. Je suis d'autant plus heureux d'entendre les explications à l'aide desquelles nos collègues se rendent compte du très-beau résultat obtenu, que j'avais eu l'occasion d'exprimer les mêmes opinions.

PIÈCE ANATOMIQUE.

Arthrites diffuses du poignet et du corps, ayant nécessité l'amputation.

M. LABORIE. Les circonstances qui m'ont conduit à pratiquer cette amputation et la nature des lésions m'ont paru de nature à attirer l'attention de la Société.

Le sujet travaillait de son état de maçon, lorsqu'il fut précipité d'un échafaudage élevé. Il ne dut la vie, paraît-il, qu'à un hasard heureux qui lui permit de s'accrocher à une traverse à laquelle il resta suspendu par une main pendant plusieurs minutes.

Immédiatement, pas de lésions appréciables, si bien qu'il reprit ses travaux et ne se présenta à l'hôpital que quelques jours après.

Le chirurgien qui le vit crut devoir lui faire une cautérisation au fer rouge, et au bout de quelques jours le dirigea sur l'asile.

Je reconnus, dès son arrivée, un état grave de l'articulation et de la région carpienne, partout gonflées et douloureuses. Placé à l'infirmierie, ce malade fut bientôt pris d'accidents généraux graves de nature typhoïde. Malgré l'immobilisation et la position, le cubitus se luxa spontanément et les douleurs devinrent tellement intolérables que je fus, presque malgré moi, conduit à l'amputation que je pratiquai dans l'avant-bras.

Je dus m'en applaudir, car pendant cinq jours, l'état du malade fut amélioré et ses souffrances presque nulles. Il succomba néanmoins, après quelques heures d'un délire tranquille, le sixième jour.

Ce qu'il y a de remarquable sur la pièce, c'est, d'une part l'absence de lésions dépendantes du traumatisme et, d'autre part, l'étendue de l'inflammation qui a envahi le poignet et toutes les articulations du carpe, dont les os mobilisés peuvent jouer les uns sur les autres.

COMMISSION POUR LE PRIX DUVAL.

La Société, appelée à voter au scrutin, désigne pour cette commission : MM. Chassagnac, Perrin, Dolbeau et Tillaux.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire, F. GUYON.

SÉANCE DU 10 OCTOBRE 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

La séance est ouverte à trois heures trois quarts.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine ;

La Gazette médicale de Strasbourg ;

*Le Bulletin de l'Académie royale de Belgique ;
Le Montpellier médical.*

— **M. FOLLIN** dépose sur le bureau, au nom de l'auteur **M. le docteur Magitot**, une brochure intitulée : *Études et expériences sur la salive considérée comme agent de la carie dentaire.*

— **M. LABREY** présente, au nom de **M. Sistach**, candidat au titre de correspondant, une note intitulée : *Note sur une luxation complète en dehors de l'articulation huméro-cubitale.* (Renvoyée à la Commission d'examen des travaux de **M. Sistach**.)

— **M. VELPEAU** présente, au nom de l'auteur **M. le docteur Anger**, une brochure sur les mélanomes.

Luxation sous-conjonctivale du cristallin.

— **M. TILLAUX** donne lecture de la note suivante :

« Messieurs, j'ai fait venir pour vous le présenter, du service de **M. le professeur Denonvilliers** à la Charité, un malade affecté de luxation sous-conjonctivale du cristallin. La lésion est récente, elle remonte seulement à huit jours ; aussi n'est-ce point l'observation complète, mais seulement quelques réflexions qu'il est possible actuellement de vérifier que je me propose de soumettre à votre appréciation.

« Parmi les lésions traumatiques qui intéressent le globe de l'œil une des plus rares est certainement celle que **Mackensie** a appelée luxation sous-conjonctivale, et que les auteurs du *Compendium* proposent d'appeler déplacement sous-conjonctival du cristallin. On n'en rencontre que rarement dans les hôpitaux, des chirurgiens fort expérimentés et possédant une longue pratique n'en ont jamais vu.

« J'en ai récemment observé un cas, à l'occasion duquel je vous demande la permission de faire quelques réflexions, qui porteront principalement sur le diagnostic de cette lésion.

« Un point qui frappe en lisant les diverses observations de luxation du cristallin, c'est le siège de la rupture de la sclérotique, et par conséquent le siège de la tumeur formée par l'organe déplacé. Presque toujours la coque oculaire est rompue en dedans de la cornée, entre cette membrane de la caroncule lacrymale ; plusieurs fois la rupture s'est effectuée en haut, je ne l'ai vue signalée en bas et en dehors dans aucune observation. Je dois excepter toutefois un fait que m'a communiqué **M. Verneuil**, et dans lequel la luxation s'est produite en dehors ; ce fait serait donc unique. Cette constance dans le siège de la lésion fait nécessairement penser au mécanisme suivant lequel elle se produit.

« L'anatomie est impuissante à nous en fournir l'explication, car la

sclérotique n'est pas moins résistante à la partie interne que dans les autres points de son étendue.

« La rupture de la sclérotique se produit-elle de dehors en dedans sous l'influence directe du choc, la conjonctive résistant alors à cause de sa laxité, ou bien de dedans en dehors et alors d'une façon indirecte, dans le lieu opposé au point frappé, comme le pensent les auteurs du *Compendium*? Le lieu d'élection de cette luxation tendrait à faire adopter cette seconde manière de voir. Toutefois le cas que j'ai observé ne lui est pas favorable. Je suis convaincu que la plaie de la sclérotique a été faite et que le cristallin est sorti dans le point directement frappé, et la raison, c'est qu'ayant observé le malade au lendemain de l'accident, je n'ai aperçu aucune trace de violence, si ce n'est à la partie interne. Les paupières, la sclérotique, la conjonctive, étaient saines.

« Le diagnostic de cette lésion est entouré d'une certaine difficulté, puisque c'est seulement dans ce siècle que la luxation sous-conjonctivale du cristallin a été reconnue.

« Le signe invoqué par tous les observateurs, et l'un des meilleurs en effet, des plus saisissants, c'est la tumeur formée sur un point quelconque du globe de l'œil, et principalement vers le grand angle, par le cristallin déplacé; tumeur arrondie à sa base qui repose sur la sclérotique, et présentant un sommet mousse qui soulève la conjonctive; tumeur rappelant la forme de l'organe assez souvent translucide. Il n'est pas possible de méconnaître la lésion lorsqu'elle se présente avec ces caractères. Ajoutons que la cornée restée transparente, permet de voir un épanchement de sang remplissant les chambres de l'œil, que l'iris, le plus souvent déchiré ou décollé, disparaît au milieu des caillots.

« M. Gosselin a ajouté au diagnostic deux signes tirés, le premier de la forme de la cornée, et le second de la tension oculaire.

« La cornée perdrait sa forme arrondie pour revêtir celle d'une ellipse soit à grand diamètre vertical, soit à grand diamètre transversal, suivant la direction du choc. Le malade que je vais avoir l'honneur de vous montrer présente très-manifestement une cornée elliptique à grand diamètre transversal.

« Le second signe indiqué par M. Gosselin est la dépressibilité plus grande du globe oculaire du côté malade que du côté sain, ce qui résulte de la tension moindre du globe après la sortie du cristallin. Mais ce signe me paraît très-délicat à percevoir, et je n'oserais dire que je le constate chez mon malade.

« Tels sont les signes physiques indiqués par les auteurs dans les différentes observations qui ont été publiées.

« J'ai dit que le diagnostic était aisé lorsqu'il existe sur la sclérotique une tumeur bien circonscrite, arrondie, et transparente, rappelant la forme et le volume du cristallin, mais il n'en est pas toujours ainsi, ce qui a fait dire probablement aux auteurs du Compendium que « dans la plupart des cas cités jusqu'à ce jour, on n'a bien apprécié la nature de la lésion qu'au moment où l'incision a été faite. »

« En effet, que la conjonctive soit soulevée par du sang épanché, que le cristallin lui-même soit entouré de sang, et alors la tumeur ne sera plus circonscrite, elle ne sera plus transparente, elle se confondra insensiblement avec les parties voisines, et l'on pourra croire aisément à un simple épanchement sanguin sous-conjonctival. C'est pour cela que j'appelle votre attention sur un signe dont j'ai été frappé en étudiant mon malade, signe qui, je crois, doit toujours exister et que l'on pourra par conséquent invoquer avec fruit dans les cas douteux ; je veux parler d'une *déformation* spéciale. La cornée a perdu sa forme convexe, elle est aplatie ; mais, dira-t-on, il en est de cet aplatissement comme de la tension, comme du volume relatif du globe oculaire, à moins que ces signes ne soient très-prononcés, ils peuvent passer inaperçus ; et en effet, en découvrant les deux yeux de mon malade, je voyais bien que la cornée droite était moins saillante que la gauche, mais ce signe n'était pas saisissant. Il le devient immédiatement, ainsi que vous pourrez vous en assurer, aussitôt que les deux yeux sont recouverts des paupières. Ces deux voiles se moulent exactement sur les globes oculaires et traduisent beaucoup plus exactement la déformation, car l'arcade orbitaire fournit un point de comparaison qui manquait lorsqu'ils étaient écartés.

« C'est ainsi que du côté sain, le globe se dessine sous la forme d'une saillie convexe, proéminente ; du côté malade la saillie n'existe pas, la paupière est aplatie. Du côté sain, la peau, soulevée par la tumeur, est régulièrement étalée à sa surface ; du côté malade, la peau ridée présente un pli transversal très-manifeste ; du côté sain, la dépression orbito-oculaire est profonde ; elle est beaucoup moindre du côté malade.

« En sorte, messieurs, que je serais disposé à considérer la déformation palpébrale comme un signe plus généralement certain de luxation sous-conjonctivale du cristallin, que la tumeur scléroticale elle-même, puisque celle-ci peut être masquée, défigurée par un épanchement sanguin, tandis que la déformation résultant du déplacement du cristallin doit être aussi constante que ce même déplacement.

« Cette déformation spéciale, qui reconnaît pour unique cause

l'aplatissement de la cornée, se traduit donc par les trois signes suivants :

- « 1° La paupière supérieure a perdu de sa convexité;
- « 2° Elle présente un aspect ridé et plissé;
- « 3° Le creux orbito-palpébral est moins profond que celui du côté opposé. »

M. PERRIN. Je viens d'examiner le malade présenté par notre collègue, et je dois dire qu'en ce moment la luxation du cristallin ne me paraît point évidente; on trouve seulement les traces d'une contusion de l'œil avec suffusion sanguine, déformation de la pupille et staphylôme de la choroïde. Tout dernièrement, j'ai observé des lésions identiques chez une vieille femme qui avait reçu un coup de fourche, et cependant la luxation du cristallin manquait.

M. TILLAUX. Je m'attendais à l'objection que vient de faire M. Perrin. Au moment de l'accident, la petite tumeur était bien circonscrite, transparente; il n'y avait pas de doute; j'ajouterai qu'une ponction exploratrice a confirmé la présence du cristallin luxé sous la conjonctive. Depuis, les choses se sont modifiées, et aujourd'hui, le diagnostic ne laisserait pas que d'être embarrassant si l'on n'avait à sa disposition que les symptômes classiques.

L'objet de ma communication a pour but d'attirer l'attention sur des signes qui permettent de diagnostiquer la luxation à toutes les époques de son existence.

LECTURE.

M. GALÉZOWSKY lit une note relative au traitement des affections de la cornée par les préparations de fève de Calabar. (Commissaires : MM. Perrin, Foucher et Tillaux.)

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. VERNEUIL présente des pièces anatomiques, à l'appui de la communication qu'il a faite dans la séance précédente sur *les modifications imprimées aux glandes sudoripares par l'ulcération chancreuse*.

Production irrégulière du tissu unguéal.

— **M. BROCA** présente une petite tumeur qu'il a enlevée; il ajoute les détails suivants : Un enfant de six ans eut un panaris de l'index, qui fut traité d'une manière assez irrégulière. La chute de l'ongle fut la conséquence d'une suppuration chronique; au bout de quelques mois, l'ongle se reproduisit, mais d'une façon très-anormale. Cet organe se présente aujourd'hui sous l'apparence d'une plaque concave, plus mince dans la partie centrale que vers les bords, qui offrent des

cannelures longitudinales. Cet ongle, moins long qu'il ne devrait être, se termine en arrière par un bord, et c'est entre ce bord et l'interligne articulaire qu'apparaissait la tumeur qui fait l'objet de cette communication ; il s'agissait d'une petite saillie abrupte soulevant la peau mince en cet endroit, mais non adhérente. La tumeur était très-dure, jouissait d'une mobilité absolue. J'ai pensé, dit M. Broca, qu'il s'agissait là d'une production irrégulière de tissu unguéal, formée par la partie postérieure de la matrice de l'ongle.

J'ai enlevé ce petit corps, qui ressemble, comme vous le voyez, à une sorte de dent de poisson, et l'examen microscopique a confirmé mes présomptions en démontrant que la tumeur se composait uniquement de cellules épithéliales très-adhérentes entre elles.

La séance est levée à cinq heures.

Le vice-secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 17 OCTOBRE 1866.

Présidence de M. GIRALDES.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine ;

Le Bulletin général de thérapeutique ;

Les Comptes rendus des séances des mémoires de la Société de biologie.

— M. Larrey présente à la Société, au nom de M. Rizet, médecin-major du 4^{er} régiment du génie, une observation de *luxation irréductible en arrière de la phalange unguéale du pouce du pied droit* (avec planche) ; au nom de M. le docteur Joly, une brochure intitulée : *Études sur un monstre exencéphalienné à Toulouse.*

— M. Trélat présente, au nom de MM. les docteurs Oré (de Bordeaux) et Béro, ingénieur civil, *un projet de maternité et d'école d'accouchement* (avec planches). Commissaires : MM. Guyon, Broca, Trélat et Tarnier.

— M. Verneuil fait hommage, au nom de M. Gyoux, d'une brochure intitulée : *De la suppression des tours*, au double point de vue de la morale et de la société.

— M. Broca fait hommage, au nom de M. Berchon, d'une revue critique : *La commission sanitaire des États-Unis.*

— M. Giraldès fait hommage, au nom de l'auteur M. Oliver Pemberton, demandant le titre de membre correspondant plusieurs brochures :

- 1° *Sur la résection du genou ;*
- 2° *Rapport sur les progrès de la chirurgie, 1857 ;*
- 3° *Un cas d'anévrysme variqueux ;*
- 4° *Rétrécissement de l'urètre ;*
- 5° *Fracture et fissure du crâne ;*
- 6° *Observation sur l'histoire, la pathologie et le traitement des maladies cancéreuses.*

Mort de Daniel Brainard.

M. Larrey annonce à la Société que M. Daniel Brainard, membre correspondant étranger, à Chicago (Illinois, Amérique du nord), vient de mourir du choléra, au retour d'un voyage en France. Sa famille, restée à Paris, en a reçu la nouvelle par le télégraphe transatlantique, et m'a chargé d'en informer la Société de chirurgie.

RAPPORT.

M. DESPRÉS lit un rapport sur une observation adressée à la Société par M. le docteur Monteils, de Mende.

Ostéomyélite du tibia. — Abscess subaigu de l'épiphyse. — Arthrite purulente du genou. — Infection purulente. — Trépanation et évidement de l'os. — Drainage de l'articulation du genou. — Guérison avec ankylose incomplète de la jointure.

Marguerite D..., de la commune de Mende, dix-sept ans, tempérament lymphatique, constitution forte, bonne santé habituelle, bien réglée, entre à l'hôpital de Mende le 23 janvier 1865.

Dans le mois de décembre 1863, après une course prolongée sur le sol couvert de neige, elle éprouve, le matin en se levant, une douleur lancinante à la partie moyenne du tibia droit. Sans en tenir compte elle se rend, le même jour, à la rivière qui charriait des glaçons pour y laver le linge de la famille. La douleur augmente, et à son retour la contraint à prendre et à garder le lit durant trois mois ; la jambe se tuméfie, s'abcède et il s'écoule de la sanie purulente par l'ouverture qui reste fistuleuse. Le pus renferme parfois des portions d'os très-minimes. Le cou-de-pied, mais surtout le genou, ne tardent pas à devenir douloureux. La malade reçoit des soins empiriques durant un an, sans éprouver aucune amélioration et réclame enfin son admission à l'hôpital.

On ne remarque, à son entrée, que de légères perturbations dans l'exercice des fonctions générales ; le pouls est médiocrement accéléré, l'appétit peu prononcé, le sommeil mal assuré, mais à un degré moindre que ne ferait supposer l'intensité de la lésion locale. Celle-ci siège à la jambe droite, qui est tuméfiée à partir de 3 centimètres, au-dessous de la rotule jusqu'à 12 centimètres au-dessus du cou-de-pied. Sa circonférence, au niveau du tiers moyen où réside la maladie, est de 39 centimètres, tandis que la jambe saine n'a, dans la même région, qu'un pourtour de 33 centimètres. Elle est en outre, dans l'espace indiqué, percée de trois trous disposés l'un au-dessus de l'autre, à peu près en ligne verticale ; la peau qui les entoure est bleuâtre, amincie, en certains points décollée. L'ouverture supérieure amène, par un trajet oblique en bas, le stylet explorateur d'abord sur une surface osseuse, dénudée, superficielle et définitivement dans le canal médullaire où existe un tissu friable que brise la moindre impulsion donnée à l'instrument. L'ouverture moyenne, exclusivement formée par la peau ulcérée, s'arrête à la surface du tibia, qui en ce point est dépourvu de son périoste. L'ouverture inférieure conduit le même stylet à travers un canal, long d'à peu près 3 centimètres, pourvu d'une muqueuse, jusque sur un plan résistant dont on ne peut bien déterminer la configuration. Ces diverses ouvertures ont le calibre d'un tuyau de plume d'oie. La plus basse et celle qui est intermédiaire datent d'un an, l'ouverture supérieure seulement de huit mois. Elles sont éloignées, l'une de l'autre, d'à peu près 3 centimètres ; néanmoins on peut estimer que la lésion osseuse occupe, au-dessus ou au-dessous des points extrêmes, 2 centimètres de plus d'étendue et que le champ de l'opération à effectuer comprendra 43 à 44 centimètres.

Deux heures avant la visite, le 27 janvier 1865, la malade prend, en une seule fois, 60 grammes de liqueur de coing et 20 gouttes de laudanum de Sydenham. Je pratique, à mon arrivée, l'opération suivante avec le concours intelligent de mes honorables confrères MM. les docteurs Magne, médecin des prisons, et Poussié, médecin de l'hospice de Marvejol. J'effectue, sur la jambe malade, une incision semi-elliptique, à grand diamètre vertical, qui part de 2 centimètres au-dessus de l'ouverture supérieure, passe à 2 centimètres en dedans de l'ouverture moyenne et finit à 2 centimètres plus bas que l'ouverture inférieure ; je dissèque, en partie avec le bistouri, en partie avec la spatule, selon le degré d'adhérence du périoste, ce lambeau et le renverse en dehors ; j'applique aussitôt deux couronnes de trépan exfoliatif, l'une à la partie supérieure, l'autre à la partie inférieure de la plaie, et pénètre rapidement dans le canal médullaire du tibia ; armé

d'une forte pince de Liston je fais, par une double section latérale, sauter le pont osseux de 43 centimètres d'étendue qui comprend les trois ouvertures fistuleuses; je trouve au-dessous une substance blanc rougeâtre, composée de pus et de sang dans laquelle le doigt rencontre et brise des parcelles osseuses très-friables; je sors ce produit de l'inflammation de la gouttière que j'ai pratiquée; puis, avec une gouge plate, j'enlève de ses rebords osseux jusqu'à ce qu'ils perdent cet aspect qui les fait ressembler à un corps de couleur blanc jaunâtre percé de petits trous vides, analogues à ceux du bois vermoulu, et ne m'arrête que quand leur section a un reflet nacré, parsemé d'un pointillé rouge vif; je pénètre ensuite dans la gouttière, j'enlève, avec une gouge à manche, à tranchant curviligne, en bas, sur les côtés, tout le tissu aréolaire suspect, et ne m'arrête que devant l'apparition, dans le tissu compacte évidé, des mêmes caractères qu'il offre sur ses bords; je retranche en haut et en bas du tissu aréolaire tant que son défaut de consistance, sa friabilité, sa couleur vineuse, n'ont pas fait place à un tissu ferme, élastique, de couleur rouge franc; je promène la pulpe du doigt, et le doigt entier dans la gouttière pour m'assurer qu'il ne reste aucune portion d'os malade, et ne constate qu'en un point de sa surface postérieure, vers le tiers supérieur, une dépression de forme circulaire, de l'étendue d'une petite lentille; j'attribue à un degré plus prononcé de l'inflammation l'existence de cette légère excavation et, pour ne pas perforer complètement l'os déjà bien aminci, je me borne, sans examen plus approfondi, à la ruginer superficiellement. J'ai alors sous les yeux une gouttière ou auge qui s'étend de 5 centimètres au-dessous de la pointe de la rotule à 42 centimètres au-dessus du milieu de la ligne intermalléolaire; creusée en totalité dans la diaphyse du tibia, longue de 43 centimètres, large de 2 centimètres et demi, profonde de plus de 3 centimètres, lisse à sa surface; circonscrite en arrière et latéralement par le tissu compacte évidé, en haut et en bas par le tissu aréolaire dont toute trace d'inflammation morbide a été enlevé. Plein d'assurance sur l'intégrité du tissu osseux que je laisse, je place, à l'angle inférieur de la plaie, un drain, et rabattant, comme un couvercle, le lambeau cutanéopériostique sur la gouttière, le fixe, dans ses deux tiers supérieurs, par trois points de suture aux bords de la plaie. Je recouvre d'un linge troué cératé la partie qui vient d'être opérée, place dessus un coussinet mollet de dimensions plus grandes, percé en son centre pour empêcher le pansement de presser sur le milieu du pont cutané et de l'enfoncer dans la gouttière; je termine par l'apposition de gâteaux de charpie, compresses, bande roulée.

Hémorrhagie en nappe considérable durant l'opération, insigni-

fiente après le pansement. Repos de la jambe dans une gouttière en carton.

Potion tonique avec 30 centigrammes d'opium à prendre dans les vingt-quatre heures; limonade vineuse.

Le 28 janvier, nuit calme, absence de fièvre. Renouvellement de l'appareil imbibé de sang desséché.

Prescription. — Cinq centigrammes d'aconit, chaque matin, durant tout le traitement.

Régime. — Trois potages gras.

Le 4^{er} février, absence de fièvre. Appétit, mortification du lambeau à la partie supérieure, au niveau de l'ouverture supérieure et de l'ouverture moyenne, dans l'étendue de 4 centimètre; inutilité des points de suture et mise à nu de la gouttière, que l'on peut ainsi facilement observer. Aspect tout opposé des deux tiers inférieurs du lambeau où le périoste était sain. Celui-ci, épaissi, tendu, résistant, couvre parfaitement la gouttière.

Traitement local. — Injections alcooliques dans la plaie, plumasseaux de charpie imbibée d'alcool sur le lambeau.

Régime. — Viande aux deux repas, un verre de vin; limonade vineuse au quinquina toujours pour tisane.

Le 10, la malade va aussi bien que possible; la cavité faite au tibia bourgeoise par son fond, par ses bords; la couche osseuse superficielle, soulevée sous forme de petits grains, de lamelles, est absorbée, expulsée par les bourgeons charnus.

Le 15, apparition de douleurs lancinantes dans la tubérosité interne et supérieure du tibia; augmentation de son volume; sensibilité pénible au toucher; empâtement de la région simulant une fausse fluctuation. Marche favorable, néanmoins, de la plaie vers la cicatrisation. Suppression de tout pansement excitant; frictions napolitaines, répétées matin et soir sur l'endroit douloureux.

Le 25, l'inflammation profonde de la tubérosité, après avoir semblé céder durant quelques jours, a reparu; il s'écoule par l'auge ou gouttière, pratiquée par le trépan au tibia, du pus verdâtre, épais, en plus grande abondance que ne le comporte la cavité, ce qui porte à lui assigner une origine plus profonde, telle qu'un abcès formé dans la tubérosité interne du tibia. Mais tout en soupçonnant la provenance du pus, je ne puis constater dans les parois de l'auge sa voie de communication. Frictions napolitaines répétées, cataplasmes de farine de lin. Maintien, dans le repos absolu, au lit, de la malade, qui avait voulu se lever, le membre inférieur muni de son tuteur en carton.

Le 10 mars, état général excellent. Marche régulière de la plaie. Huile de foie de morue et 5 centig. d'iodure de fer le matin à jeun.

Le 22, disparition de la douleur et de la tuméfaction au niveau de la tubérosité interne. Diminution considérable de la suppuration par la plaie.

Le 25 avril, aucun progrès, malgré le temps écoulé; la plaie, réduite aux dimensions d'une lentille, occupe la réunion des deux tiers inférieurs et du tiers supérieur; elle conduit, par un canal qui mesure directement, d'avant en arrière, plus de trois centimètres, sur une surface résistante, dénudée, en un mot, la partie postérieure du tibia nécrosée. La cicatrice, au-dessus de la petite ouverture fistuleuse, là où le périoste était malade ou absent, recouvre un tissu mou qui se déprime sous le contact du doigt; mais au-dessous du même orifice, là où le périoste était sain, la peau a son aspect normal, légèrement épaissie, résistante à la pression aussi bien que le tissu osseux voisin.

Depuis cette époque jusqu'au 5 juin, la malade est soumise au traitement général tonique déjà indiqué : huile de foie de morue à la dose de 2 à 3 cuillerées à bouche par jour, à l'iodure de fer, à la tisane de houblon; elle boit deux verres de vin par jour et se nourrit de viandes rôties. On fait en même temps des injections de liqueur de Villate, affaiblie par moitié d'eau, dans le trajet fistuleux, et l'on introduit, jusque sur la surface osseuse dénudée, une mèche imbibée du même liquide, afin qu'il en provoque l'exfoliation et l'expulsion définitive.

Tout reste inutile, la plaie ne se ferme pas. J'envoie la malade, dans cet état, suivre à Bagnoles-les-Bains un traitement par les eaux thermales sulfureuses sous forme de bains généraux, de douches locales et en boisson.

La malade est de retour le 25 juin, l'ouverture fistuleuse fermée, recouverte d'une cicatrice mince bleuâtre; la marche s'exécute facilement et sans douleur. Deux jours après, la cicatrice se rompt, et je constate au fond du trajet fistuleux la présence de cette même plaque osseuse dont aucun traitement n'a pu déterminer l'élimination.

Je reviens, durant tout le mois de juillet, sans succès, à l'emploi des injections de liqueur de Villate.

Le 3 août, après avoir préalablement, à l'aide de l'éponge préparée, dilaté le canal fistuleux, pour lui donner le calibre d'une plume d'oie, j'introduis dans son intérieur un cautère chauffé à blanc, et le maintiens durant 2 ou trois minutes sur la partie d'os nécrosée. Il s'établit une suppuration franche et abondante dans le trajet fistuleux, qui se rétrécit progressivement, mais n'éprouve, dans la constitution de son fonds, aucune modification appréciable.

10 septembre. Pâle, amaigrie, sans appétit, la malade paraît sous l'influence d'un séjour trop prolongé à l'hôpital. Aussi, dans le but

d'imprimer aux fonctions générales une excitation favorable, je l'envoie à la campagne prendre largement de l'air et du soleil.

Le 12 octobre, je constate à son retour que l'état local a peu changé; la plaque osseuse qui constitue le fond de la fistule donne, au choc avec le stylet, une résonnance particulière indiquant qu'elle est soulevée, et que la largeur seule de ses dimensions, en disproportion avec celles du canal fistuleux, la maintient en place.

Je fais, durant le mois, plusieurs tentatives prudentes pour la fragmenter; mais, les voyant infructueuses, je me décide pour une mesure qui mettra fin à la maladie en ouvrant à la sortie du séquestre une voie spacieuse.

Je pratique, le 24 novembre 1865, une seconde fois, la trépanation de l'os. De chaque côté de l'ouverture fistuleuse j'incise la peau et le périoste de manière à obtenir deux petits lambeaux rectangulaires que je renverse, comme deux valves, latéralement; j'applique, au centre de cette surface osseuse dénudée, la plus forte couronne du trépan, en lui faisant comprendre dans son aire le canal fistuleux; j'arrive ainsi au canal médullaire, complètement bouché en bas par de la matière osseuse solide, incomplètement en haut. La rondelle osseuse enlevée, je trouve avec la pulpe du doigt, au fond de la cavité, ce même trou dont j'avais, lors de l'opération de l'évidement, constaté l'existence, mais ignoré la véritable signification. Plus prudent, j'y fais pénétrer un stylet que je recourbe à angle droit, et j'arrive alors dans une autre cavité, distincte de la cavité médullaire, dont elle se trouve séparée par une cloison osseuse perforée, et dans laquelle gît un séquestre, cause unique de la durée interminable de la maladie. Pour abattre ce dernier obstacle, je réintroduis la couronne du trépan, et procède, non sans émotion, à la profondeur de 3 centimètres, à l'enlèvement de cette cloison. J'ai, au fond de la cavité, le séquestre sous les yeux. Celui-ci, dont les extrémités remontent plus haut et descendent plus bas que le champ de la couronne, ne peut, quoique mobile de haut en bas, être saisi. J'ai à en enlever préalablement, avec une petite couronne du trépan, la partie moyenne; puis, muni d'un davier, j'extrait successivement sa moitié supérieure et sa moitié inférieure. Réunies après leur sortie, elles représentent un os ou séquestre de forme elliptique, à surfaces antérieure et postérieure rugueuses, dépourvues de périoste; à bords irrégulièrement dentelés, longs de 7 centimètres, épais de 5 millimètres, large, en son milieu, d'un centimètre, et finissant, à ses deux extrémités, en pointe. La profondeur de sa situation, sa forme, portent à supposer qu'il appartient à la superficie de la portion postérieure du tibia, nécrosée dans une étendue limitée. Je constate en même temps, avec le doigt pour

la partie centrale, avec le stylet recourbé pour les parties supérieure et inférieure de la cavité, que le lit où reposait le séquestre est constitué par un tissu osseux compacte, anfractueux, où la face postérieure de celui-ci a reçu son empreinte. Son origine se trouve dans l'ossification du périoste, qui, dans ce point, a renforcé l'os, dont la nécrose avait affaibli la solidité. Je rabats sur la plaie les lambeaux cutanéopériostiques, et procède à un pansement simple.

La plaie marche régulièrement vers la cicatrisation; la malade se trouve bien, lorsque le 2 décembre, six jours après l'opération, à son réveil, voulant, du côté gauche où elle reposait se porter sur le côté droit, elle éprouve, en se retournant, une douleur subite et atroce dans le genou de la jambe malade. Celui-ci se tuméfie rapidement; la tubérosité interne du tibia grossit davantage et devient plus douloureuse; la fièvre se déclare avec violence, l'appétit disparaît, et il survient de la céphalalgie et des sueurs profuses. Traitement, à l'intérieur : opium 40 centigrammes; à l'extérieur, frictions napolitaines et cataplasmes de farine de lin sur tout le genou; immobilité absolue du membre dans une gouttière en carton.

Le 3 décembre, état général comme la veille. L'ouverture faite au tibia, par le trépan, est remplie de pus crémeux. Celui-ci, essuyé, sort en si grande abondance que l'abcès seul de l'épiphyse peut le fournir. Il serait ainsi en double communication avec la cavité articulaire du genou et avec l'extérieur.

Le 6, fièvre très-forte, céphalalgie, nausées, angine, salivation, gonflement des gencives, sueurs, accablement des forces; tuméfaction extrême du genou sans rougeur à la peau; rotule déprimée, comme dans l'hydarthrose, et entourée de quatre bosselures correspondant aux culs-de-sac synoviaux supérieurs et inférieurs. Suppuration presque nulle par l'ouverture faite au tibia; tentatives inutiles avec le stylet recourbé introduit à un centimètre, directement vers l'abcès de l'épiphyse, pour rétablir sa communication avec l'extérieur. Dans cette situation extrême je pratique avec le gros trois-quarts à paracentèse abdominale, une ponction à deux centimètres en bas et en dehors de la capsule articulaire et cheminant sous la peau, le long de la tête du péroné, j'en fais pénétrer la tige dans la cavité du genou. Il s'écoule aussitôt, par la canule, munie d'une peau de boudin que j'ai plongée dans l'eau, trois quarts de verre de pus épais, blanc, crémeux, que son poids entraîne au fond du vase et empêche de se mêler à l'eau que j'y avais préalablement versée. Pansement : une plaque d'emplâtre diapalme sur l'ouverture de la ponction; cataplasmes laudanisés enveloppant tout le genou et la partie supérieure de la jambe. Gargarisme au chlorate de potasse; coctail aluné, limonade vineuse au quinquina, un litre de bouillon.

Le 8, état général très-grave, aucun écoulement de pus par l'ouverture du tibia ni par celle, totalement fermée, faite avec le trois-quarts à la peau, douleur locale très-vive; reproduction plus considérable de l'épanchement qui provoque une tension extrême de l'articulation.

Procéder à une nouvelle ponction sous-cutanée de la cavité articulaire en présence de la rapidité du renouvellement du liquide purulent me paraît insuffisant; l'articulation, par la portion de tibia qui entre dans sa composition, reçoit incessamment du pus émané de l'abcès de l'épiphyse, et il faut, à une production intarissable, opposer une déplétion continuelle. Je songe au drainage, dont l'année précédente j'ai, pour une lésion de cette même cavité, constaté les bons effets (1), et, avec le concours de mon excellent confrère M. le docteur Magne, je pratique l'opération suivante. J'introduis, à la partie externe et inférieure du genou, un trois-quarts courbe à drainage, et pénètre dans l'articulation; retirant aussitôt l'extrémité de la tige de l'instrument dans sa gaine, je contourne, avec celle-ci désarmée, la face antérieure du condyle fémoral externe, la face postérieure et le bord supérieur de la rotule, et la pousse contre la face interne du cul-de-sac supéro-interne de la synoviale du genou. Je fais alors saillir la tige, à travers la peau, y accroche un drain qui, suivant l'instrument dans son retrait, parcourt en écharpe, de haut en bas, de dedans en dehors, l'articulation. Quelque minime que soit l'opération, elle présente, dans son exécution, une certaine difficulté quand il faut doubler le bord supérieur de la rotule que la contraction tétanique du triceps crural, surexcité par la douleur, maintient fortement accolée à la trochlée fémorale. Il s'écoule aussitôt, dans la proportion de trois quarts de verre, non plus, comme dans la première opération, du pus épais, lié, crémeux, mais bien un liquide trouble, séro-purulent. Immobilisation complète du membre inférieur, cataplasmes laudanisés sur le genou. La malade, qui venait d'être prise de ses règles, deux heures avant l'opération, me cache cette circonstance; celles-ci, supprimées par l'émotion, ne reprennent leur cours normal que quatre mois après leur disparition.

Le 9, pouls large; sommeil; douleur locale moindre. Tuméfaction du genou et de la partie supérieure du tibia très-marquée, dure; injection d'eau tiède dans le drain pour le désobstruer. Traitement toujours tonique; limonade vineuse au quinquina, aconit; régime fortifiant; bouillon, côtelettes, vin.

Le 12, fièvre plus forte, frissons, langue sèche et rouge, anorexie,

(1) Observation relatée dans le Bulletin de la société de chirurgie pour l'année 1865.

nausées, diarrhée. A l'augmentation de volume du genou se joint le gonflement du tiers inférieur de la cuisse; suppuration à peu près nulle, soit par le drain, soit par la cavité pratiquée avec le trépan au tibia. Application d'un bandage de Scultet sur le tiers inférieur de la cuisse pour empêcher, par une compression modérée, l'extension à ce segment du membre inférieur de l'infiltration et de la tuméfaction inflammatoires du genou.

Le 45, fièvre; frissons; langue toujours rouge, sèche; soif vive; diarrhée plus forte; respiration courte, gênée, fréquente. Gonflement de la cuisse, de la jambe et du pied. Suppuration médiocre. Issue par la pression du genou, à travers le drain, de pus verdâtre, sanieux, mais non fétide. Injection pour nettoyer le drain. Addition au traitement prescrit de 40 centigrammes de diascordium.

Le 48, état général aussi grave. Absès à la partie supérieure et interne du mollet se prolongeant dans le jarret. Ouvert avec le bistouri, il fournit du pus blanc, phlegmoneux, lié, contrastant par ses qualités avec celles du pus que le drain soutire spontanément de l'articulation ou qui en sort par la compression du genou, et dont l'aspect est brunâtre, la consistance nulle, l'odeur fétide.

Lavages de l'articulation avec de l'eau alcoolisée et camphrée. Même traitement et régime.

Le 28, aucun changement favorable; au contraire, la fièvre est plus vive, le visage pâle et décomposé, la langue sèche; il y a des vomissements bilieux, de la diarrhée de même nature, des sueurs profuses. L'affaissement moral de la malade, son découragement, ses traits tirés, ses yeux brillants, la suppuration languissante et de mauvaise nature du genou, montrent que la résorption purulente est en voie d'amener une issue fatale. Pour arrêter sa marche, j'emploie le traitement par les alcooliques à haute dose, auquel, en pareille circonstance, je dois de nombreux succès, et je prescris de prendre quotidiennement: tisane de quinquina, deux litres, à laquelle on ajoute, par litre, deux verres de vin, un petit verre de liqueur de coings avec les cinq centigrammes d'extrait d'aconit continués depuis le début du traitement à l'hôpital; quatre bouillons et de la gelée de viande. Le bandage de Scultet a bientôt arrêté la tendance au gonflement qui se manifestait dans le tiers inférieur de la cuisse; il est continué et visité chaque jour.

Le 3 janvier 1866, pouls petit, fréquent; langue humide, naturelle; plus de nausées et de vomissements, diarrhée modérée, respiration libre, sueurs abondantes, surtout dans le sommeil; tremblements dans les mains et dans les jambes; douleur vive à la pointe de la rotule et au genou; écoulement médiocre, par le drain, d'un pus grisâtre, séreux,

mal lié, abondant par l'incision du mollet, verdâtre et épais. La cavité du tibia est remplie de fongosités charnues, mais son fond est toujours dénudé.

Le 8 janvier, pouls petit, fréquent; persistance, mais à un bien faible degré, de la diarrhée et des sueurs. Le volume du genou, quoique amoindri, est encore considérable; il mesure 44 centimètres de circonférence, tandis que le genou sain n'en a que 32. La douleur, très-vive au sommet de la rotule, la faible quantité de suppuration qui coule par le drain me porte à le supprimer et à le remplacer par un simple fil qui sert à guider la marche du pus vers l'extérieur. Deux bouts de drain, placés dans les deux ouvertures faites lors du drainage à l'articulation, facilitent l'écoulement permanent de la suppuration. Même traitement et régime.

Le 26, pouls tranquille; appétit; sommeil; régularité de toutes les fonctions; forme normale du genou commençant à se dessiner; volume de l'articulation notablement réduit. Suppuration nulle de la plaie du mollet, insignifiante par les drains et par la cavité du tibia, dont le fond est encore dénudé. J'imprime à la jambe de légers mouvements de glissement sur le matelas, de manière, en ouvrant le genou à des angles de plus en plus prononcés et variables, à en éviter l'ankylose.

Le 27, malgré la prudence qui a présidé à la production des mouvements dans le genou, une violente inflammation s'y manifeste; son volume augmente, il devient très-douloureux au toucher et en l'absence même de tout contact.

Traitement. — Immobilité absolue du membre dans une gouttière, suppression de tout mouvement alors même qu'il doit s'ensuivre l'ankylose; frictions napolitaines et cataplasmes laudanisés sur le genou.

Régime. — Quatre bouillons gras, limonade vineuse au quinquina toujours continuée.

Le 2 mars, l'inflammation se juge par la formation d'un abcès au côté externe du genou. La salivation mercurielle, développée sous l'influence des frictions napolitaines, est arrêtée comme la première fois par les gargarismes avec le chlorate de potasse et les collutoires alunés.

Le 6 avril, la malade a repris, depuis quinze jours, l'usage de l'huile de foie de morue et des préparations d'iodure de fer; ses règles suspendues dans leur écoulement mensuel, depuis quatre mois, ont reparu très-abondantes; les bouts de drain ont été enlevés et les ouvertures qui donnaient accès dans l'articulation sont cicatrisées. Il

en est de même de l'incision du mollet et de la cavité du tibia dont le fond s'est enfin recouvert de bourgeons charnus.

Le 44, la malade marche dans la salle avec des béquilles, lève la jambe sans éprouver d'autre difficulté qu'un léger endolorissement au niveau de l'attache du tendon rotulien. Mouvement de flexion de la jambe très-limité.

Le 5 juin, depuis plus d'un mois la malade marche, monte et descend l'escalier avec une simple canne qu'elle oublie même de prendre souvent; la flexion du genou, quoique limitée, est suffisante pour permettre la promenade sur un sol raboteux; la jambe se porte directement en avant sans exécuter ce mouvement de circumduction pareil à celui qu'imprime à son instrument le faucheur. Les dimensions des genoux sont les suivantes: genou sain, 32 centimètres de circonférence; genou malade, 35 centimètres; les dimensions des tibias sont à la réunion du tiers moyen et du tiers supérieur où, dans la jambe droite, les lésions anatomiques étaient les plus développées: pour la jambe saine, 30 centimètres; pour la jambe malade, 32 centimètres.

Connaissant par expérience l'action puissamment résolutive des eaux thermales sulfureuses de Bagnoles sur les affections chroniques des os et les engorgements articulaires, j'envoie la malade, une seconde fois, y suivre un traitement par les douches, les bains, auxquels on joindra l'ingestion de quelques verres d'eau thermale.

Cette observation, en résumé, me semble prouver:

1° Au point de vue de l'anatomie pathologique, la nécessité, dans les fistules consécutives à l'ostéite, à la carie, à la nécrose, qui occupent la partie antérieure de l'os, de bien observer les conditions normales ou morbides de la partie de l'os symétriquement située en arrière. Elle fait voir également la funeste tendance des abcès épiphysaires, quoique peu éloignés de l'extérieur ou même en relation indirecte avec la cavité médullaire, à s'ouvrir dans l'articulation.

2° Au point de vue de la physiologie pathologique, elle affirme, une nouvelle fois, le rôle ostéogène du périoste réparant dans l'os altéré la brèche faite par la maladie ou l'instrument de manière à reproduire exactement le type primitif.

3° Au point de vue clinique, elle démontre l'importance de la méthode de l'évidement de M. le professeur Sédillot dans la thérapeutique des lésions des os; elle fait sentir l'utilité de l'ouverture prématurée, par le trépan, des abcès épiphysaires pour éviter leur épanchement dans l'articulation voisine; elle enseigne surtout, par le succès qui a couronné l'opération, que, dans l'inflammation purulente d'une grande articulation, le drainage de la jointure peut con-

server le membre, avec la liberté seulement restreinte de ses mouvements.

M. VELPEAU. Dans l'observation dont il vient d'être question, on parle d'une infection purulente qui aurait guéri par le drainage. Rien ne justifie l'existence de cette grave complication, et il faut bien se garder d'accepter trop facilement les guérisons de la pyohémie.

M. DESPRÉS. Dans l'observation il est simplement dit qu'il y avait imminence d'infection purulente.

M. BLOT. M. le Rapporteur a beaucoup insisté sur les avantages du drainage dans les arthrites purulentes, je lui demanderai s'il connaît beaucoup de faits qui démontrent l'utilité de cette méthode. On obtient, ainsi que je l'ai démontré dans un mémoire, la guérison des arthrites purulentes, et cela sans roideur articulaire, au moyen de l'immobilité et des larges incisions.

M. LARREY. J'ai récemment fait le relevé de presque toutes les observations de plaies pénétrantes du genou avec arthrite purulente, et j'ai pu m'assurer qu'il y avait un bon nombre de guérisons. Quant à l'infection purulente confirmée, je partage l'opinion de M. Velpeau, et je crois qu'il faut accepter avec réserve les cas de guérison.

M. VERNEUIL. La question n'est point de savoir si l'arthrite purulente du genou, suite de plaie, guérit avec ou sans conservation des mouvements : le point capital, c'est de trouver les malades. Il faudrait déterminer si réellement le drainage peut être utile en pareille circonstance. Tout récemment, j'ai obtenu un réel avantage en passant sept tubes à drainage dans une articulation du genou remplie de pus.

La discussion est renvoyée à la prochaine séance. M. Chassaignac est inscrit pour prendre la parole.

La Société décide que l'observation de M. Monteils et le rapport de M. Després seront renvoyés au comité de publication.

A quatre heures trois quarts, la Société se forme en comité secret.

Le vice-secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 24 OCTOBRE 1866.

Présidence de M. GIRALDES

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine ;

Deux rapports *sur la méthode employée pour la cure du bégayement*, de M. Chervin aîné ;

Les *Mémoires des concours des savants étrangers*, publiés par l'Académie royale de médecine de Belgique.

— M. Trélat dépose sur le bureau, au nom de M. Devergie, une brochure intitulée : *Mesures à prendre pour diminuer la mortalité des femmes en couches, dans les maternités et hôpitaux*.

— M. le docteur Cattiaux adresse à la Société quelques séquestres provenant d'une ostéite de la mâchoire inférieure, consécutive à une contusion.

— M. Trélat lit, au nom de la commission dont il est membre et de la part de M. Guyon, un rapport sur le travail de M. Oré (de Bordeaux).

RAPPORT.

Maternité de Bordeaux.

M. GUYON. Messieurs, notre collègue M. Oré, membre correspondant à Bordeaux, a bien voulu demander avec instance à la Société de chirurgie son avis sur un plan de maternité et d'école d'accouchement présenté à la commission administrative des hospices civils de Bordeaux. Ce plan est l'œuvre de notre distingué collègue et de M. Paul Béro, ingénieur civil.

Désireuse de répondre au vœu de M. Oré, la Société de chirurgie a décidé, dans sa dernière séance, qu'une commission serait chargée d'étudier le projet de maternité de Bordeaux et d'en rendre compte. C'est au nom de cette commission, composée de MM. Broca, Tarnier, Trélat et Guyon, que j'ai l'honneur de prendre aujourd'hui la parole.

M. Oré a franchement obéi, dans la réalisation de son plan, à l'opinion des médecins qui réclament l'isolement absolu des accouchées. Il a même voulu que les femmes grosses auxquelles la maternité sera appelée à donner libéralement asile, soient parfaitement séparées des

femmes accouchées. N'oublions pas que notre collègue avait encore à se préoccuper d'annexer à sa maternité une école d'accouchement.

Je vais brièvement indiquer comment, avec l'aide de M. Paul Béro, M. Oré a pu dresser un plan qui satisfasse à toutes ces indications.

L'étendue du domaine sur lequel doit être construit la maternité de Bordeaux effaçait une première difficulté. Cette étendue est considérable, 8 hectares, soit 80,000 mètres carrés. Aussi faisons-nous tout d'abord remarquer qu'une première et capitale indication est largement remplie. Les bâtiments sont vastes, bien exposés par chacune de leurs faces à toutes les influences atmosphériques, suffisamment espacés, et celui qui est réservé aux accouchées, quoique destiné à recevoir seulement vingt femmes en couches, contient quarante chambres d'accouchées. Deux bâtiments distincts doivent en effet être affectés à l'école et à la maternité; une galerie, ouverte sur ses deux faces, les met en communication. Dans l'un, celui de l'école, seront placées les femmes grosses; l'autre pourra, dès lors, être uniquement consacré aux accouchements et aux accouchées.

La séparation des femmes grosses, ou pour mieux dire leur isolement dans une partie du bâtiment-école, est effectué d'une manière satisfaisante. Deux dortoirs de dix lits, une infirmerie avec tous les services et dépendances nécessaires, leur sont affectés. Nous ne pouvons qu'entièrement louer l'ordonnance générale du bâtiment, et considérer comme une heureuse inspiration l'idée de procurer aux femmes enceintes un asile parfaitement indépendant de la maternité proprement dite; à proximité des élèves et cependant bien séparé de tout ce qui est réservé à leurs études ou à leur logement.

C'est sur le bâtiment destiné aux accouchées que doit surtout porter notre attention; nous répondrons ainsi au désir de notre collègue.

Rien de plus difficile que d'arriver à isoler efficacement des accouchées réunies dans une maternité, que de réaliser à l'hôpital ce que l'on retrouve dans tous les degrés de la pratique urbaine, une accouchée unique et un accouchement rare dans un même local. La trop fréquente répétition des accouchements dans le local le mieux isolé entraînerait à la longue des inconvénients non moins certains que ceux que produit la réunion des accouchées. L'alternance rapide, ce que l'on a appelé le roulement, si bien mis en pratique par les divers chirurgiens en chef de l'hôpital de Dublin, par M. le Dr Hélot, à Rouen, actuellement en vigueur à la Maternité de Paris et à l'hôpital Cochin, est un des moyens de contre-balancer les fâcheuses influences auxquelles nous faisons tout à l'heure allusion. Mais rien ne semble, pour beaucoup de médecins, devoir mieux réaliser le but poursuivi, que la combinaison de l'isolement des accouchées et du roulement,

c'est-à-dire du nettoyage, de l'aération prolongée et fréquente de la chambre qui a reçu la femme pendant ses couches, de l'épuration ou du changement de sa literie tout entière.

M. Oré a voulu construire un hôpital qui permit de mettre en œuvre ces deux grands moyens prophylactiques si vivement appuyés aujourd'hui.

Nous disions, il n'y a qu'un instant, qu'il était difficile de réaliser l'isolement absolu dans une maternité. M. Oré paraît avoir partagé l'avis exprimé par plusieurs médecins sur les inconvénients d'un corridor unique et central. A moins d'adopter le plan rigoureusement logique de M. Tarnter, personne n'avait su échapper jusqu'ici d'une façon satisfaisante aux inconvénients très-probables de la promiscuité des atmosphères entre les chambres ou salles s'ouvrant sur un corridor commun, toujours relativement étroit.

MM. Oré et Béro ont imaginé une très-ingénieuse disposition. Leur corridor central est partagé en deux parties égales par une cloison médiane, et chacune des cinq chambres qui occupent l'un des côtés du bâtiment sont elles-mêmes pourvues d'un corridor spécial, qui s'ouvre sur le corridor longitudinal commun. De cette manière, pas de cloison mitoyenne; chaque chambre est entièrement limitée par des parois propres dont l'une regarde l'extérieur, l'autre le corridor commun, et les deux latérales, les corridors latéraux; de telle sorte que, selon les expressions de la notice annexée au plan, chaque chambre est complètement enveloppée d'une ceinture d'air, et comme chaque corridor transversal est terminé par une croisée qui tient toute la hauteur de l'étage, que le corridor longitudinal est également percé à ses extrémités par de grandes ouvertures, on peut, en ouvrant les fenêtres, faire que chaque chambre soit soumise à une aération extérieure constante et circulaire. Il est facile de comprendre que la grande cloison médiane est destinée à complètement isoler les unes des autres, les deux séries de cinq chambres construites dans la même aile du bâtiment.

Ainsi, chaque chambre est isolée de la chambre voisine, et dans tous les sens, par une couche d'air incessamment renouvelée. Les chambres s'ouvrent d'ailleurs sur l'un des petits corridors transversaux, de telle sorte que le grand corridor longitudinal ne peut établir de communication entre elles et ne sert qu'à isoler les deux moitiés de l'aile du bâtiment. La même disposition est répétée à l'étage supérieur; l'isolement des chambres est donc opéré par groupes de vingt pour chaque étage, de dix pour chaque aile, de cinq par la cloison longitudinale, et enfin les chambres sont isolées une par une par les corridors latéraux.

Un corps de logis central très-considérable où se trouvent deux grandes cages d'escalier, l'une pour l'aile droite, l'autre pour l'aile gauche du bâtiment; les salles d'accouchement, de bains, les cabinets de surveillance, les chambres de réception, etc., séparent l'une de l'autre les deux ailes réservées aux chambres d'accouchées; des portes sont placées à l'entrée des corridors longitudinaux.

Je viens de chercher à vous dire, messieurs, comment les auteurs du plan que nous étudions ont voulu réaliser l'isolement des accouchées. Il est une autre grave difficulté inhérente au genre de construction qu'ils ont poursuivi et qui paraît n'avoir pas moins préoccupé MM. Oré et Béro.

Un des bénéfices les plus certains des salles analogues à celles qui se trouvent dans la plupart de nos hôpitaux, c'est de pouvoir être symétriquement percées sur leurs deux faces principales et même à leurs extrémités; et d'être, si on le juge utile, pour ainsi dire transpercées ou tout au moins traversées, par les courants atmosphériques les plus directs, les plus rapides et les plus complets.

Rien de semblable en général dans les constructions où l'on adopte le système des chambres isolées, l'on ne peut forcément avoir qu'une seule ouverture en directe communication avec l'air extérieur.

Il en est ainsi dans le plan de M. Oré, tant que les chambres sont en activité, avec ce grand avantage cependant de la circulation d'air périphérique et complète dont nous avons parlé. Mais cela ne pouvait suffire pour assurer le balayage atmosphérique à l'intérieur des chambres, ce balayage complet, intime, si justement réclamé et observé pour nos constructions hospitalières modernes. Aussi, dès que l'une des ailes de leur établissement sera en repos, MM. Oré et Béro veulent que l'air le traverse directement. Une plaque en tôle qui correspond à chaque lit, qui est adossé contre la cloison correspondante au corridor commun, est levée; des trappes ménagées dans la cloison commune sont ouvertes, et dès lors la ventilation directe s'établit à l'intérieur et à l'extérieur des chambres d'accouchées.

Peut-être les ouvertures qui correspondent aux lits et qui n'ont que 0^m,80 de côté, rempliraient-elles mieux le but très-utile que se proposent les auteurs du plan, en étant plus considérables.

Nous ne pouvons entrer dans d'autres détails, nous devons surtout chercher à montrer comment M. Oré avait su vaincre les principales et les plus graves difficultés inhérentes à un genre de construction qui pût répondre aux indications qui l'ont guidé, c'est-à-dire à la réalisation d'un isolement efficace.

Il ne saurait être douteux que ces difficultés ont été très-habilement résolues. Nous ne chercherons pas à nous demander si les quatre

salles de travail indiquées par les auteurs apporteraient quelque entrave au service, et s'il n'eût pas été au moins logique d'annexer une infirmerie isolée à un établissement conçu dans de semblables données.

Nous avons surtout désiré que l'attention de la Société de chirurgie se portât sur la partie capitale, vraiment importante et intéressante du plan qui lui est soumis.

Nous exprimons l'opinion de la commission en disant que l'adoption du plan de M. Oré couronnerait dignement le très-bon ensemble des plans proposés pour l'hospice général de Bordeaux, plans si soigneusement étudiés et élaborés par les conseils administratifs, les conseils médicaux et l'architecte de cette ville.

En conséquence, nous avons l'honneur de vous proposer la conclusion suivante :

La Société, en rappelant qu'elle s'est prononcée en principe contre l'institution des maternités, pense, dans le cas particulier, que le plan soumis à son examen par MM. Oré et Béro pour la nouvelle École-Maternité de Bordeaux, sans constituer une formule définitive et immuable, présente néanmoins une disposition plus favorable que tout autre exécuté jusqu'ici à l'alternance rapide des locaux occupés et à l'isolement des accouchées. Elle considère, avec beaucoup d'hommes compétents, ces mesures comme le moyen le plus efficace de lutter contre la funeste influence des maternités.

— Après la discussion suivante, cette conclusion est votée à l'unanimité.

— **M. TARNIER** déclare qu'il ne s'associe pas entièrement à la rédaction du rapport ; il ne croit pas que le projet de M. Oré soit le meilleur de tous ceux qui ont été proposés ; il ajoute que les couloirs intermédiaires, situés entre les chambres, ne sont ouverts que du côté du grand couloir central, et dit que, dans son propre projet, il avait mieux isolé les chambres des accouchées.

M. TRÉLAT. Il sera facile de mettre dans nos conclusions le meilleur des projets exécutés jusqu'ici, au lieu de ceux qui ont été proposés jusqu'ici.

M. BLOT. Je veux insister sur deux points : je dirai d'abord que l'isolement ne me paraît pas complet, l'air provenant d'une chambre de malade peut passer dans une autre par l'intermédiaire du couloir central. D'un autre côté, la réponse que nous avons à faire me paraît devoir être autre que celle de la commission. Le besoin de la suppression des maternités, formulé par la Société de chirurgie, n'est pas assez exprimé dans le rapport, et je voudrais le voir paraître dans les conclusions.

Il est dit aussi que la maternité de Bordeaux occupera un espace

où elle sera entourée d'autres hôpitaux. Cela est contraire aux principes adoptés par la Société de chirurgie, et contraire à l'hygiène. Je propose à la Société d'adopter les conclusions suivantes :

Quoique la Société de chirurgie regarde comme fâcheuse la création de maternités nouvelles, elle est d'avis que, si on ne veut pas tenir compte du danger qu'il y a à réunir des femmes en couches dans un même hôpital, le projet de MM. Oré et Béro est moins incomplet que ceux qui ont été exécutés jusqu'ici.

M. BROCA. Il faut simplifier la question. Tout le monde est d'avis d'isoler les femmes en couches et le mieux possible. Or, il est question de créer une maternité ; plusieurs plans sont proposés, il s'agit de savoir quel est le meilleur. Il est nécessaire que nous décidions si le plan de M. Oré se rapproche des conditions que nous avons déclarées les meilleures au moment de notre discussion au commencement de l'année. Dans l'ancien projet, il y a des salles de dix lits ; dans le projet de MM. Oré et Béro, il n'y a qu'un seul lit par salle ; le dernier plan est donc le meilleur.

M. Blot croit qu'il serait mauvais de placer une maternité au milieu d'autres hôpitaux ; mais il est bon de s'entendre, ce ne sont pas des hôpitaux qui se trouveraient autour de l'hôpital des femmes en couches, ce sont des hospices : l'hospice général des vieillards, des incurables et des sourds-muets ; ce ne sont pas là des malades. Du reste, il y a un éloignement assez considérable entre les bâtiments. La superficie du terrain qui les contiendra, n'aura pas moins de 240,000 mètres ; l'éloignement entre la maternité et les hospices sera plus grand que celui de la maternité de l'hôpital du Midi et de l'hôpital Cochin à Paris.

M. DEMARQUAY. La Société ne doit pas s'engager, elle peut dire son opinion, établir quel est le projet qu'elle juge le meilleur, mais elle ne peut pas dire que le projet de M. Oré est le meilleur que l'on puisse exécuter.

M. BLOT dit qu'il n'a nullement la prétention de faire changer les décisions de la Société de médecine et de l'administration de Bordeaux ; que la Société de chirurgie ayant voté en principe la suppression des maternités, il faut, sous peine de manquer de logique, rappeler la manière de voir de la Société toutes les fois que l'occasion s'en présente ; et que, malgré ce que vient de dire M. Broca, il croit qu'il y aura agglomération de malades, si on place une maternité à côté d'autres hôpitaux.

M. TARNIER. M. Blot pense que toutes les maternités sont mauvaises. On ne peut pas dire cela. La Société de chirurgie ne saurait affirmer qu'elles seront toutes mauvaises. On est autorisé à dire seu-

lement qu'il y a dans les esprits une tendance à provoquer l'isolement des femmes en couches.

A un autre égard je dirai à la Société qu'il serait peut-être dangereux de conclure comme l'a fait la commission, et je propose de répondre simplement :

La Société de chirurgie est d'avis que le meilleur hôpital de femmes en couches est celui qui assure le mieux leur isolement.

M. TRÉLAT. Je répondrai à MM. Tarnier et Blot qu'il y a dans les couloirs intermédiaires une porte et une fenêtre, et que celle-ci sert à établir un courant d'air. Je dirai à M. Blot : Vous voulez que la Société de chirurgie soit logique : je le veux comme vous. Mais en admettant que je partage l'opinion de mes collègues qui souhaitent la suppression des maternités, je désire voir réalisé ce qui est meilleur en attendant que nous arrivions à ce qui serait parfait, et nous devons dire que le projet de MM. Oré et Béro, sans être parfait, présente une disposition favorable à la bonne organisation d'un service de femmes en couches.

M. BLOT. La fenêtre existe, mais elle sera toujours fermée.

M. TARNIER discute plusieurs points du projet, et après quelques explications données par MM. Trélat, Tarnier et Blot, les conclusions du rapport sont modifiées dans le sens indiqué par les membres de la Société.

La Société met aux voix les conclusions proposées par la commission.

Ces conclusions, mises aux voix, avec quelques changements de rédaction, sont adoptées à l'unanimité.

La séance est levée à cinq heures.

Pour le secrétaire, D^r A. DESPRÉS.

SÉANCE DU 31 OCTOBRE 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine ;

Le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques* ;

*Le Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale ;
Le Bulletin de la Société médicale de l'Aube, 1866.*

M. le docteur Schappert, de New-Orléans, adresse à la Société :
*Un traité de la fistule vésico-vaginale. — Une observation de tic
douloureux de la face, guéri par la résection de la deuxième
branche de la cinquième paire.*

— M. Larrey fait hommage à la Société, au nom de M. Marion Sims, de son *Traité des maladies utérines*, traduit par le docteur Lhéritier. Il donne ensuite communication d'une lettre de M. Sarazin, agrégé à la Faculté de Strasbourg, sur les *fistules branchiales*. Cette lettre est renvoyée à l'examen de la commission déjà chargée de faire un rapport à la Société sur les travaux de M. Sarazin.

— M. Després offre à la Société le dernier fascicule du *Dictionnaire de thérapeutique médicale et chirurgicale* qu'il a publié en collaboration avec M. Bouchut.

— M. Velpeau communique une lettre de M. Lino de Macedo, de Cadix (Portugal), qui demande à être mis sur la liste des candidats au titre de correspondant étranger. (Renvoyé à la commission future.)

A propos de la correspondance :

M. BROCA, au nom de M. Fleury, membre correspondant à Clermont, montre une pièce anatomique et communique l'observation suivante :

Fracture bi-condylienne de l'humérus.

Il y a déjà longtemps que j'avais été frappé par un fait qui avait éveillé mon attention, mais que je n'avais pu vérifier à l'examen de la pièce anatomique, l'affection n'entraînant pas ordinairement la mort du blessé.

Un malade était entré à l'Hôtel-Dieu de Clermont pour y être traité des suites d'une chute. Le coude sur lequel il était tombé était gonflé, douloureux et donnait, lorsqu'on saisissait le poignet pour imprimer un mouvement de rotation à tout le membre thoracique, une sensation de crépitation manifeste (symptôme pathognomonique d'une fracture).

L'examen de l'avant-bras n'y faisait cependant reconnaître aucun désordre. Le radius exécutait sur la tubérosité de l'humérus des mouvements de rotation faciles et indolents, le cubitus était intact. L'olécrâne faisait sous la peau sa saillie normale, les tubérosités de l'humérus avaient conservé avec cette éminence leurs rapports anatomiques ; l'avant-bras jouissait donc d'une intégrité parfaite.

J'examinai ensuite le bras, et pour savoir s'il n'y existait aucune mobilité anormale, je saisis, avec l'index et le pouce de la main droite,

l'extrémité inférieure de l'humérus, en plaçant ces doigts sur l'épicondyle et l'épitrôchlée pendant que la main gauche en embrassait l'extrémité supérieure, et la portait en sens opposé ; aucun bruit de crépitation n'était perçu, néanmoins celle-ci se reproduisait lorsque je faisais exécuter un mouvement de rotation, le membre saisi par le poignet.

Je soupçonnai alors une fracture qui divisait en deux pièces l'extrémité inférieure de l'humérus, que je rapprochais en appuyant mes doigts sur les deux fragments.

Les malades quittent ordinairement l'hôpital dès qu'ils sont guéris ; on ne les revoit plus, et du reste si la fracture est consolidée, on n'en trouve plus la moindre trace.

Le fait me paraissait hors de doute, lorsqu'au mois de juillet dernier, 1866, un maçon fut transporté dans mes salles pour y être traité d'une double fracture, l'une au bras, l'autre à la jambe. Cette dernière était comminutive, compliquée d'une plaie aux parties molles, communiquant avec le foyer de la fracture et l'articulation du genou.

La mort en a été la conséquence.

J'avais cru reconnaître au coude une lésion analogue à celle que j'ai décrite plus haut, de la crépitation lorsque j'imprimais un mouvement de rotation au membre thoracique saisi par le poignet, et la disparition de ce symptôme lorsque pour examiner le bras j'en fixais l'extrémité supérieure avec l'une des mains, pendant que l'autre appuyait sur l'épicondyle et l'épitrôchlée.

A l'autopsie j'ai trouvé la lésion que j'avais soupçonnée et qui consistait en une séparation des deux tubérosités de l'extrémité inférieure de l'humérus.

Avec la pièce sous les yeux, on se rend parfaitement compte du fait que j'avais cru reconnaître.

Les deux tubérosités et les facettes articulaires qu'elles surmontent ont été séparées de la diaphyse de l'os. Elles sont complètement mobiles et ne pouvaient être retenues que par les liens articulaires. L'un des fragments pourrait être appelé cubital, l'autre radial. La trochlée humérale est en effet divisée en deux parties à peu près égales, dont l'interne répond au cubitus et l'externe au radius. L'articulation huméro-radio-cubitale se trouve ainsi décomposée en radio-humérale et en huméro-cubitale. La forme du fragment huméral est remarquable. C'est un véritable coin, dont le sommet s'avance jusqu'à un centimètre de la surface articulaire, qui semble avoir dû éclater sous l'influence de la pression.

C'est au niveau du coude, au point d'intersection des deux fragments, que la crépitation et la mobilité anormale ont été perçues

lorsqu'on faisait mouvoir le bras en lui imprimant un mouvement de rotation.

L'extrémité supérieure du cubitus et du radius avaient conservé leur intégrité, la fracture devait donc avoir son siège à l'humérus; c'est, en effet, ce que l'autopsie a permis de vérifier; mais si, pendant la vie, on appuyait les doigts sur les deux tubérosités, on les rapprochait l'une de l'autre et on maintenait la fracture réduite; son existence pouvait donc être mise en doute.

J'ignore si ce symptôme des fractures de l'extrémité articulaire de l'humérus a été décrit, je ne l'ai vu signalé nulle part.

M. GIRALDÈS. Le signe indiqué par M. Fleury est en effet fort précieux pour établir le diagnostic des fractures condyliennes de l'humérus. Il y a bien longtemps, pour ma part, que je le fais constater dans mon service.

M. MARJOLIN. Les fractures condyliennes de l'humérus sont très-faciles à reconnaître chez les enfants, au début du moins. Les fractures bi-condyliennes sont bien rares.

M. LEFORT. J'ai eu l'occasion d'observer et d'examiner, dans le service de M. Laugier, lorsque j'étais son interne, une fracture du coude. Une chute sur le coude et sur la partie saillante de l'olécrâne avait amené le détachement d'un fragment triangulaire à base inférieure, faisant partie de la portion articulaire de l'humérus et intermédiaire à l'épitrachée et à l'épicondyle, qui se continuaient avec l'humérus, sans présenter aucune lésion.

COMMUNICATION.

Palatoplastie.

M. TRÉLAT. J'ai eu occasion de pratiquer dernièrement une opération de palatoplastie pour remédier à une perforation pathologique, et quoique j'aie partiellement échoué, je crois utile de communiquer à la Société quelques modifications que j'ai introduites dans le manuel opératoire et les causes très-particulières qui ont déterminé l'insuccès. Voici l'histoire de ma malade telle qu'elle résulte des notes prises très-exactement par M. Chantreuil, interne de la Maternité.

La nommée F... (Marie), trente et un ans, entre à la Maternité, le 20 juillet 1866, enceinte de son troisième enfant.

Elle accouche naturellement le 4^{re} août d'un garçon à terme. Délivrance et suites de couches normales.

Cette femme présente les caractères de l'anémie; elle est pâle, ses tissus sont mous, un bruit de souffle existe dans les carotides. Lipohymies faciles.

Elle a du reste une physionomie intelligente, les cheveux châains, les yeux bleus, le front élevé ; mais le reste du visage est déformé par les ravages d'un lupus qui, vers l'âge de dix à douze ans, a détruit le nez, et s'est étendu symétriquement sur chacune des joues. Celles-ci sont couvertes dans leur moitié antérieure de cicatrices blanchâtres sillonnées de rides ; les paupières inférieures, surtout la gauche, sont le siège d'ectropions peu prononcés.

Cette affection a également envahi la voûte palatine et a déterminé une perforation qui établit une large communication entre la cavité buccale et les fosses nasales. Aussi, le premier temps de la déglutition s'effectue difficilement, et la phonation est accompagnée de nasonnement.

La malade porte depuis longtemps un nez d'argent peint en rose, qui dissimule assez heureusement sa difformité extérieure.

La solution de continuité occupe la voûte palatine depuis le bord alvéolaire du maxillaire supérieur jusqu'au bord postérieur de la portion horizontale du palatin : elle est située sur la ligne médiane, au fond d'une espèce d'entonnoir évasé, existant seulement en avant et latéralement, et fermé par les plans inclinés qui constituent la partie solide de la voûte.

Cette perforation a la forme d'un ovale à extrémités inégales ; la grosse extrémité est située en avant et la petite en arrière. Celle-ci se termine en pointe mousse. En avant, au contraire, les bords latéraux s'arrondissent en se rejoignant immédiatement derrière le bord alvéolaire supérieur, et la solution de continuité vient pour ainsi dire échouer contre cet os.

Les diamètres de la perforation, mesurés avec un compas, sont de 25 millimètres pour le diamètre antéro-postérieur, et de 16 millimètres pour la plus grande dimension transversale.

Aucune opération n'avait été pratiquée pour remédier à cet état de choses déjà fort ancien. La malade se contentait d'un obturateur d'argent qui, devenu beaucoup trop petit, ne servait à rien et jouait librement dans les fosses nasales et la perforation.

Une guérison radicale par les procédés de la chirurgie séduisit la malade ; mais se sentant en bon état de santé et désireuse de ne pas prolonger indéfiniment son séjour à l'hôpital, elle devint pressante et il fallut prendre jour pour l'opérer.

M. Trélat fit la palatoplastie (dont les manœuvres seront décrites plus loin), le 28 septembre, cinquante-neuf jours après l'accouchement.

Vers la fin de l'opération il y eut une courte syncope suivie de vomissements. Des caillots sanguins, provenant du sang avalé furent expulsés à trois ou quatre reprises par larges gorgées. Tout se calma

dès que l'estomac fut débarrassé, et sauf la fatigue, l'état de la malade était excellent quand elle fut couchée.

Le jour de l'opération, abstinence complète d'aliments, repos, silence; quatre lavements de bouillon, dont un avec 45 gouttes de laudanum.

Le 29 septembre, pouls à 90, la malade a bien dormi. A la partie antérieure du bord externe du lambeau gauche, petite teinte violacée, indice d'un commencement de sphacèle, au niveau de la seconde incisive, là où le décollement avait dû être un peu exagéré.

Le lambeau droit est parfaitement sain et rose; seulement, il forme un godet à convexité interne, qui le rapproche par sa face inférieure du lambeau gauche, de manière qu'il n'existe plus qu'une petite rainure de séparation entre les deux lambeaux, du moins à la partie moyenne.

Prescription. — Gargarisme avec 45 grammes d'alcoolat de mélisse; quatre lavements de bouillon.

Le 30, pouls à 92. Gargarisme *ut supra*.

Régime. — Quatre potages au tapioca.

Le 1^{er} octobre, pouls à 96; mortification plus avancée du bord externe du lambeau gauche; petite escharre grisâtre se détachant facilement sous forme de bande mince. Bouillons, lait, vin sucré.

Le 2, le travail continue, détersion des tissus sous-jacents.

Le 3, trois fils de suture sont enlevés; d'abord le sixième et le cinquième, puis le troisième en comptant d'avant en arrière. La suture tient bien en arrière au niveau des fils enlevés. Pouls à 90. Bouillons, tapioca, lait, vin.

Le 4, pouls à 84; état général bon. Les trois fils d'argent qui restent sont enlevés. Les lambeaux ne sont écartés qu'avec précaution pour ne pas séparer les lèvres de la suture qu'on entrevoit au fond d'une fente limitée par les faces muqueuses des lambeaux. Du reste, aucune apparence de désunion.

Le 5, pouls à 84. La malade se lève et tousse un peu.

Les larmes prennent une coloration plus rosée, le lambeau gauche se détache bien. La suture paraît tenir. Potages, une portion de hachis; bordeaux 120 gr. Tapioca, sp. morphine 30 gr.

Du 5 au 9, rien de particulier.

Le 9, onzième jour de l'opération. A la visite du matin, M. Trélat constate au niveau de la suture à un centimètre et demi environ de la partie antérieure, la présence d'un petit trou de la grosseur d'un très-petit pois. Cautérisation avec le nitrate d'argent pour faire bourgeonner les bords de cet orifice.

Le 10, état stationnaire.

Le 41, le trou s'est agrandi et a pris une forme ovale. On constate de plus, immédiatement en avant de lui et dans la dépression linéaire correspondant à la suture, un amincissement des tissus, un aspect blafard et grisâtre de la cicatrice, qui sont le résultat d'un travail ulcératif ou mieux d'une résorption lente aboutissant finalement à une solution de continuité.

Dans la crainte que la mastication et le contact de corps durs n'augmentent la désunion, on revient aux aliments purement liquides, tapioca, lait, etc.

Le 42, des mucosités épaisses desséchées et filantes provenant des fosses nasales sont retirées par le trou de la voûte palatine, où elles s'étaient accumulées. Le travail ulcératif continue à faire des progrès.

Le 44, la malade réclame avec instance des aliments solides et reprend son alimentation ordinaire. Elle se lève et se promène dans le préau de l'établissement pendant l'après-midi. Son état général est bon et cependant la perforation s'agrandit encore. Toute la portion antérieure de la cicatrice suturale s'amincit, s'étire. Bientôt elle ne consiste plus qu'en une sorte de réseau constitué par des brides qui limitent trois ou quatre petits orifices.

Le 26, le travail de désorganisation paraît arrêté. L'état général est excellent. Voici ce qui reste au niveau de la suture :

1° En arrière un espace de 40 millimètres, qui persiste et paraît solide. On ne voit à ce niveau qu'une légère dépression courbe;

2° En allant d'arrière en avant, on trouve une solution de continuité ayant une forme assez régulièrement elliptique. Le diamètre antéro-postérieur de l'ellipse est de 42 millimètres environ; le diamètre transverse de 7 millimètres.

En avant de ce trou elliptique se trouve un autre petit trou circulaire de 2 millimètres de diamètre environ et séparé du premier par un pont de tissu très-mince qui tend à disparaître. Enfin, tout à fait en avant, il ne reste plus qu'une trace de l'union des deux lambeaux. Quant à ceux-ci, ils se sont graduellement rétractés, les plaies correspondant à leurs bords externes sont cicatr^{isées}, et il ne reste plus à ce niveau que de légères dépressions rosées qui laissent à peine soupçonner les longues incisions et le décollement dont les tissus de la voûte palatine ont été le siège.

La malade parle mieux qu'avant l'opération. Il n'y a plus qu'un nasonnement très-moderé. Les mots à consonnance gutturale sont prononcés d'une manière intelligible et on est en droit d'espérer que la parole reviendra tout à fait normale si une nouvelle opération permet de fermer complètement la perforation.

La malade quitte l'hôpital le 34 octobre, dans son état actuel, mais

elle me promet de revenir en temps utile et semble désireuse d'être radicalement guérie. Je ne manquerai pas de faire part à la Société de ce qui adviendra.

D'après le conseil de nos deux collègues, MM. Broca et Legouest, je n'ai voulu rien entreprendre de nouveau à si court délai et je me propose de laisser passer six ou huit mois avant de procéder à une seconde opération.

Réflexions par M. Trélat. — Maintenant que le fait est connu dans ses détails, je reviens sur certains points particuliers.

J'avais à faire ici à une perforation accidentelle chez un adulte ; par conséquent le bord alvéolaire, les dents, les lèvres offraient leur disposition normale. Et comme la perte de substance arrivait en avant par sa grosse extrémité, juste derrière le bord alvéolaire dont la paroi était verticale, les manœuvres à effectuer dans ce point devaient offrir de réelles difficultés tant pour l'avivement que pour la suture, et surtout pour cette dernière.

Je savais d'ailleurs que des chirurgiens d'une incontestable habileté n'étaient parvenus qu'à grand'peine à effectuer convenablement la suture dans des cas plus favorables que celui-ci. On se représentera aisément le genre d'obstacle qu'il y avait à vaincre en pensant qu'il fallait passer des fils et manœuvrer des aiguilles derrière les dents et le bord alvéolaire, c'est-à-dire dans un endroit où on ne peut faire exécuter aucun mouvement de bascule au manche des instruments à cause de la saillie des dents.

J'avais fait fabriquer deux aiguilles fixes semblables l'une à l'autre et disposées de la manière suivante : le chas est placé près de la pointe et cette pointe est ramenée parallèlement à la tige de l'aiguille. La longueur de la partie récurrente est de 48 millimètres. L'écart entre cette partie récurrente et la tige est de 6 millimètres. En somme, l'aiguille pique en attirant le manche vers soi, à la manière d'une érigne fortement courbée.

Muni de ces aiguilles et d'une rugine qui m'a été fort commode mais qui ne mérite pas qu'on s'y arrête, je procédai à l'opération avec l'assistance de mon collègue M. Guyon.

L'avivement, fait avec grand soin, ne fut un peu difficile qu'en avant et sur un point du bord droit, qui était froncé par une sorte de pli serré. Immédiatement après, longues incisions à droite et à gauche, étendues depuis le côté externe du crochet de l'aile ptérygoïdienne jusqu'à l'intervalle de la seconde incisive avec la canine et longeant à quelques millimètres le bord alvéolaire interne. Détachement avec la rugine de chacun des lambeaux. Dans ce temps, le pédicule antérieur du lambeau gauche est détruit dans une petite partie de son adhérence

à la seconde incisive. Cette destruction explique une gangrène très-limitée, dont le bord libre de ce lambeau devint plus tard le siège.

Pendant le décollement des lambeaux, hémorrhagie abondante sans être excessive. La glace en petits fragments et l'eau de Pagliari directement portée sur les surfaces saignantes modèrent l'écoulement sanguin, puis le suspendent complètement. Au bout d'une demi-heure, je procède à la suture.

Mon aiguille porte un fil double (de chanvre) dont les deux extrémités sont engagées dans le chas d'une quantité juste suffisante pour qu'ils tiennent. L'anse pend librement. Ainsi armée, l'aiguille est portée à travers la perforation, derrière ou au-dessus du lambeau droit ; j'appuie sa tige contre le bord du lambeau, la pointe étant alors forcément à 6 millimètres du bord, et j'attire à moi le manche de l'instrument. Dès que le chas a traversé le lambeau d'arrière en avant, je saisis avec une pince les extrémités du fil, je les dégage, et pendant que je les maintiens avec la pince, je retire l'aiguille d'avant en arrière. J'ai alors une anse de fil souple placée de telle sorte qu'elle me permettra de ramener d'arrière en avant un fil métallique.

Cette première manœuvre de l'aiguille avait été effectuée avec un peu d'hésitation ; elle était d'ailleurs la plus difficile puisqu'elle correspondait au point le plus antérieur. Les autres furent au contraire rapides et faciles. Je plaçai ainsi sur chaque lèvre avivée six anses de fil souple, en tout douze anses. Ces anses étaient rangées sur la joue correspondante à leur côté et maintenues par la main d'un aide. Elles se correspondaient deux à deux et me permirent de ramener, sans la moindre difficulté, six fils d'argent convenablement placés. Ils furent tordus sur l'extrémité des index, et dès que cette torsion fut achevée et que les bouts tordus furent inclinés sur le côté, on put voir que la juxtaposition des parties était exacte, sauf à l'extrémité antérieure où il restait un hiatus gros comme une tête d'épingle.

Ces manœuvres, compliquées en apparence, n'avaient pas demandé plus d'une demi-heure. Toute l'opération, y compris le temps perdu et celui qui avait été consacré à l'hémostase, avait duré une heure et demie.

En somme, ce procédé de suture, qui a une étroite parenté avec celui que j'ai exposé pour la staphyloraphie, a pour résultat de ne réclamer que des mouvements droits de ponction et de contre-ponction et des manœuvres qui s'accomplissent hors de la bouche. Quoique je l'employasse pour la première fois, je n'ai eu aucune entrave ; tout s'est passé régulièrement ; pas un fil cassé ni tordu. C'est cette facilité d'exécution qui m'a engagé à le communiquer à la Société. Je ne mets pas en doute qu'on ne puisse arriver autrement à pratiquer

la suture palatine, qu'on puisse, à l'aide des instruments jusqu'ici connus et avec de l'habileté, vaincre les difficultés inhérentes à l'opération; mais je crois que le procédé que j'ai décrit est à la fois une simplification et une facilité. Je serais heureux que mes collègues voulussent bien, le cas échéant, le soumettre à l'expérience.

Après avoir parlé de l'opération en elle-même, permettez-moi d'attirer un moment votre attention sur la nature des accidents qui l'ont fait échouer.

D'habitude l'insuccès des opérations plastiques tient à deux causes: la mortification des lambeaux juxtaposés ou bien la violence de l'inflammation. Ces deux causes ont en général une action rapide; on peut prévoir l'absence de réunion dès les premiers jours; il devient parfois nécessaire d'enlever prématurément les fils et en tout cas, dès que ceux-ci sont enlevés, on voit les lèvres de la réunion s'écarter l'une de l'autre. Il n'en a pas été ainsi chez ma malade. Au moment de l'enlèvement des fils, le cinquième et le sixième jour, la réunion semblait irréprochable. C'est seulement le onzième jour après l'opération que je constatai au milieu de la ligne suturale une petite trace jaunâtre qui indiquait un travail ulcératif. Puis graduellement et d'arrière en avant, la cicatrice s'amincit, sembla s'étirer; bientôt elle se perfora de pertuis séparés par des brides minces, qui disparurent peu à peu excepté une. Ce travail de résorption lente dura depuis le douzième jusqu'au vingt-cinquième jour après l'opération. Il semble enrayé depuis ce moment, et quoique je considère ma tentative comme arrêtée, tout bénéfice n'est cependant pas perdu puisque la perforation est rétrécie de 42 millimètres dans sa longueur et de 9 millimètres dans sa largeur.

Ce mode de désunion, quoique peu fréquent, a été observé par plusieurs chirurgiens, et je ne serais pas surpris que plusieurs d'entre vous aient pu le constater. Roux (*Chirurgie réparatrice*, page 459) l'a vu chez un jeune enfant qu'il avait opéré d'un bec-de-lièvre trois jours après la naissance. Mais plus heureux que moi, Roux, après avoir regardé l'opération comme manquée, vit avec surprise les brides amincies reprendre de la solidité et de l'épaisseur et rétablir en somme la continuité des deux lambeaux. Je crois qu'un fait analogue s'est présenté à notre collègue M. Follin.

Quelle cause donner à cette régression du travail plastique? Il y en a deux qu'on peut rationnellement invoquer: la proximité de l'accouchement et la constitution de la malade. J'avoue que, si j'avais été absolument libre, j'aurais laissé passer trois ou quatre mois avant d'opérer; mais je crois cependant, avec mes collègues MM. Broca et Legouest, que la constitution, ou mieux la diathèse, mérite beaucoup

plus justement d'être incriminée. La scrofule, qui s'est manifestée par le lupus de l'enfance, n'est sans doute pas complètement guérie et maintient encore le sujet sous sa dépendance.

M. LE FORT. J'ai pratiqué, il y a deux ans, une staphyloraphie. Grâce à une manœuvre particulière, j'ai pu éviter le passage des fils d'arrière en avant. Des fils d'argent ayant été placés d'avant en arrière sur l'un des bords de la division, je plaçai sur l'autre bord des fils souples ainsi disposés qu'une anse pendait dans la division vis-à-vis de chacun de mes fils métalliques. Chaque anse me servit à accrocher et à passer à travers la lèvre opposée le fil d'argent correspondant.

M. TRÉLAT. Notre collègue a fait usage d'un bon procédé que j'ai eu soin de rappeler lorsque j'ai communiqué à la Société l'histoire de deux opérations de staphyloraphie. Ce procédé est décrit et connu sous le nom d'A. Bérard, auquel il appartient. Très-utile dans la staphyloraphie pour laquelle il a été imaginé, il ne serait pas praticable dans la palatoplastie.

MM. LARREY ET A. GUÉRIN font remarquer que les instruments de Foraytier et de Dupierris rendent de très-grands services. M. Guérin pense que l'instrument de Dupierris répond à presque toutes les indications, il rend très-facile l'opération de la staphyloraphie.

M. TRÉLAT. L'instrument de Foraytier a été abandonné par presque tous les chirurgiens, M. Sédillot cependant lui est resté fidèle. Je ne me suis pas servi de l'instrument de Dupierris et n'ai pas songé à en faire usage. Je le crois trop volumineux et trop peu piquant pour agir convenablement dans la palatoplastie. Je n'ai d'ailleurs pas la prétention d'imposer un procédé. Je veux seulement que l'on sache que, grâce à ce procédé, j'ai agi très-facilement dans une opération où chacun s'accorde à considérer l'application de la suture comme difficile et délicate.

M. BROCA. Je crois que lorsqu'il s'agit de palatoplastie il faut bannir tous les souvenirs de staphyloraphie. Dans cette opération, on a beaucoup d'espace pour manœuvrer; dans la palatoplastie, il est toujours fort restreint. En particulier, lorsque la perforation de la voûte palatine est congénitale, sa forme en ogive enlève presque tout espace: aussi éprouve-t-on, surtout à la partie antérieure, de très-grandes difficultés pour appliquer la suture.

Je les ai bien éprouvées en opérant avec mon ami M. Follin un enfant d'une dizaine d'années. La première partie de l'opération avait été rapide et simple. Lorsqu'il s'agit de passer les fils, j'épuisai tout l'arsenal chirurgical; mes tentatives étaient restées vaines, lorsque M. Follin mit à ma disposition une aiguille qu'il avait récemment

imaginée. La pointe et le manche de cette aiguille sont rigides, mais le corps est malléable. Je la courbai en forme d'hameçon pour le premier point, l'antérieur, puis je modifiai sa forme, je la modelai pour ainsi dire pour chacun des autres, et j'arrivai ainsi à passer assez facilement tous mes fils. Il restait à substituer, par le procédé d'A. Bérard, des fils d'argent aux fils de soie; ici la lutte recommença, mais inutilement. Je dus renoncer aux fils métalliques et affronter avec les fils souples. Le succès fut néanmoins complet et remarquable comme résultats définitifs. Je reste convaincu que la trop grande finesse de l'aiguille de M. Follin, avec laquelle nous n'avions pu faire que de trop petites perforations, a été la cause de notre échec pour la substitution des fils métalliques aux fils de soie.

M. VERNEUIL. Je pense que tous les ingénieux instruments imaginés à propos de la staphylographie pour le passage des fils seront abandonnés.

Avec les petites aiguilles américaines si tranchantes et si faciles à manœuvrer, on peut, en variant l'inclinaison de l'aiguille sur le porte-aiguille, réussir dans l'immense majorité des cas à placer ses points de suture sur les deux lèvres d'une division ou d'une fistule. Il faut, il est vrai, éviter le passage d'arrière en avant, ce à quoi l'on arrive, grâce au procédé d'A. Bérard. A l'aide de cette manœuvre et des instruments dont je viens de parler on peut, je le répète, suffire à presque toutes les indications de la suture.

M. DEPAUL. Je partage la manière de voir de M. Verneuil, je crois comme lui que les aiguilles américaines et un bon porte-aiguille sont les seuls instruments nécessaires dans la grande majorité des cas. Je veux revenir sur un autre point de la communication de M. Trélat. Cette désunion incomplète, cet amincissement, cet affaiblissement de la cicatrice, je l'ai observé deux fois après l'opération du bec de lièvre.

Dans le premier cas le bec de lièvre était double, j'opérais en dehors de l'hôpital. Tout marcha régulièrement, les épingles, dont je me sers encore, avaient été successivement retirées, la réunion était complète et parfaite. Au bout de quelques jours on me fit voir une teinte grisâtre de la cicatrice. Cette teinte n'était pas due à une exsudation, elle paraissait profonde; bientôt la cicatrice s'amincit, des perforations se produisirent en deux points et deux petites brides restèrent comme seuls vestiges de la réunion. Cela suffit cependant pour empêcher un nouvel écartement; à la longue, ces brides se sont si bien renforcées qu'il y a aujourd'hui, après deux années écoulées, une réunion solide quoique incomplète, et qu'il sera facile de la parfaire à l'aide d'une petite opération.

J'opérai le second enfant à l'hôpital, au troisième jour après la naissance, selon mon habitude. Après un succès en apparence complet, j'ai vu se reproduire les mêmes phénomènes de désunion partielle. Ce malade a été perdu de vue.

Je n'ajouterai plus qu'une remarque, c'est que je ne puis admettre, comme le pense M. Trélat, qu'il y ait là un simple travail de résorption. Il y a, je crois, une inflammation véritable, analogue à celle qui accompagne la chute du cordon ombilical, une inflammation que l'on pourrait appeler ulcéralive.

M. TRÉLAT. Je remercie M. Depaul de son intéressante communication. Il est évident que nos malades ont subi le même processus pathologique. Est-ce une inflammation? Je ne veux pas aborder ce point de doctrine, mais, en présence de l'opinion exprimée par M. Depaul, je dois répéter que chez ma malade, il y a eu amaigrissement, amincissement des lambeaux et de la cicatrice, mais pas de travail inflammatoire.

M. Broca nous a raconté les difficultés qu'il a éprouvées pour passer les fils. Il n'y est arrivé en somme qu'en se servant d'un instrument auquel il a donné une forme fort analogue à celle que j'ai cru devoir donner au mien. Grâce à cette aiguille, j'ai pu d'ailleurs absolument éviter les grandes difficultés dont a triomphé notre habile collègue.

En fait de palatoplastie, on ne peut, en vérité, procéder par comparaison. Il y a des difficultés toutes spéciales, qui nécessitent, je crois, un outillage particulier. Aussi, je n'hésite pas à prédire à M. Verneuil qu'il éprouvera les plus grandes difficultés s'il veut se servir pour la palatoplastie des aiguilles américaines, si utiles d'ailleurs pour d'autres opérations.

PRÉSENTATION DE PIÈCE ANATOMIQUE.

Altération des os du bassin pouvant simuler une coxalgie.

M. MARJOLIN présente une pièce anatomique dont la description sera publiée ultérieurement.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 7 NOVEMBRE 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de médecine de la semaine.

— M. le président annonce à la Société que MM. Notta et Serre d'Alais, membres correspondants, assistent à la séance.

M. le président rappelle à la Société qu'une *discussion sur le traitement des arthrites purulentes par le drainage* est inscrite à son ordre du jour.

Après des observations présentées par MM. Després, Verneuil et Larrey, il est décidé, qu'en l'absence de M. Chassaignac, le premier inscrit pour prendre la parole, la discussion sera remise.

COMMUNICATIONS.

Hernie obturatrice.

M. L. LABBÉ montre une pièce anatomique et donne lecture de l'observation suivante recueillie par M. Carville, interne des hôpitaux.

Jeanne F..., veuve T..., quatre-vingt-un ans, blanchisseuse, admise à la Salpêtrière le 14 mai 1863, entrée à l'infirmerie le 24 mars 1866, salle Saint-Michel, lit n° 11, service de M. le docteur Labbé.

Cette malade a été reçue dans le service pour un eczéma de la vulve présentant tous les symptômes ordinaires de cette affection, prurit intolérable, gonflement, rougeur, suintement, etc.

Les ganglions inguinaux sont excessivement hypertrophiés ; au nombre de deux ou trois de chaque côté, à la partie interne de la région ils ne roulent pas sous le doigt, mais peuvent cependant être déplacés en causant une certaine douleur à la malade.

La santé générale est assez bonne, pas d'autre infirmité qu'une surdité très-prononcée, embonpoint développé.

Le 22 mars, le lendemain de son entrée à l'infirmerie, on lui prescrit une bouteille d'eau de Sedlitz et des cataplasmes de fécule de pomme de terre sur la vulve. Le soir même elle se plaint de coliques violentes, après avoir été plusieurs fois à la selle. Cataplasmes laudanisés sur le ventre.

Le 23, les coliques continuent, les selles ont cessé, mais alors commencent des vomissements jaunâtres qui se répètent assez fréquemment. La malade ne peut prendre aucun aliment sans le rendre à l'instant.

Une de ses parentes, employée à l'infirmerie générale, est interrogée sur la santé antérieure de la malade, et raconte que celle-ci a souvent des coliques semblables à celles qu'elle éprouve aujourd'hui; que ces coliques s'accompagnent de vomissements, et qu'enfin ces phénomènes ont commencé à se produire il y a huit ans environ; elle ajoute que la veuve T... étant à Charonne chez sa belle-fille, il y a neuf jours, a eu un accès de coliques et de vomissements qui s'est passé par le repos au lit et les cataplasmes sur le ventre.

Elle n'a jamais connu ni entendu parler de hernie à sa parente.

La malade, qui a toute sa raison, confirme ces renseignements. On procède alors à l'examen de la malade.

Elle ne porte aucun bandage herniaire; son abdomen est d'un volume assez considérable, d'une consistance normale, pas de douleur à la pression; on ne rencontre dans les fosses iliaques aucun signe de rétention de matières fécales.

L'exploration des régions ombilicale, inguinale et crurale, est faite avec grande attention; rendue difficile dans l'aîne par le gonflement de tout le pourtour de la vulve, par l'adénite concomitante; on parvient cependant à constater qu'il n'y a rien d'anormal, rien de douloureux à la pression dans ces régions; les efforts provoqués, la toux, n'y font non plus apparaître aucune tumeur.

La seule douleur constante dont se plaint la malade, et qu'elle a déjà, dit-elle, éprouvée lors des accès antérieurs, siège dans la cuisse gauche au côté antérieur et interne du membre, sur le trajet des vaisseaux et nerfs fémoraux, dans une étendue comprise en longueur entre l'arcade crurale et le niveau de l'anneau du grand adducteur; cette douleur est exaspérée par la pression.

Du reste, la percussion et la palpation, même profonde, ne font rien trouver d'anormal dans cette cuisse gauche: pas de tumeur, pas de gonflement, pas d'œdème du membre inférieur; matité absolue, en un mot rien que de la douleur.

Le 24, les jours suivants, même état; la malade ne va plus à la selle, inappétence complète, pas de fièvre, affaiblissement progressif des forces.

Les vomissements deviennent de plus en plus fréquents, ils sont jaunes ou un peu verdâtres, d'une odeur fade mais non stercorale. Potion de Rivière, glace, eau de Seltz

Rien de nouveau comme signe physique; la douleur dans la cuisse est toujours très-vive.

Les signes rationnels d'un étranglement et la localisation de la douleur sur le trajet des vaisseaux et nerfs cruraux font porter le diagnostic d'une hernie obturatrice étranglée.

Le 26, l'état de la malade s'aggrave. On ordonne une purgation (calomel et jalap) qui, ainsi du reste que tout ce que prend la malade, est rapidement vomie. Coliques très-violentes, surtout du côté gauche de l'abdomen, douleur considérable dans la cuisse du même côté; ce membre n'affecte aucune position particulière et se prête à tous les mouvements.

Le 27, on prescrit un lavement purgatif qui est rendu sans aucune matière solide, la teinte de cette déjection est un peu rougeâtre.

Les vomissements sont continus, d'un vert foncé, d'une odeur très-fade.

L'état général est très-grave, la malade n'a presque plus sa raison; elle ne cesse de pousser des gémissements.

Son nez, ses joues, ses mains, ses pieds sont refroidis. Le ventre est peu gonflé, mais on y perçoit du tympanisme à la percussion, sans que toutefois les anses intestinales se dessinent à travers la paroi.

Dyspnée intense, soif très-vive que rien ne peut apaiser, car chaque goutte de liquide est immédiatement rejetée.

Le 28, pouls insensible, voix éteinte, sueur froide, facies grippé et cyanosé. Mort à trois heures de l'après-midi.

Le 30, autopsie à neuf heures du matin.

On ne trouve aucune trace de péritonite, les anses intestinales distendues par des gaz sont d'une coloration normale ou à peu près, sans hyperhémie prononcée.

Aucune fausse membrane sur la surface extérieure de l'intestin ni dans le petit bassin.

L'épiploon relevé et la masse intestinale déplacée, on voit alors qu'à 4^m,50, à partir du duodénum, l'intestin grêle plonge dans une ouverture située en avant de la fosse iliaque gauche, puis qu'il en ressort pour continuer son trajet.

L'examen de cette anse intestinale, préalablement liée, est fait immédiatement dans sa portion visible sise au-dessus de l'ouverture où elle pénètre.

Le bout supérieur est un peu dilaté, le bout inférieur est presque normal. Pas de perforation au niveau de l'ouverture, pas de gangrène ni même de coloration noirâtre.

Étudiant ensuite l'anse intestinale, on voit qu'elle se dirige en avant et en dedans; elle refoule devant elle le péritoine, le tissu graisseux

sous-péritonéal très-abondant, puis le fascia pelvien, et pénètre par le canal obturateur qu'elle suit en entier.

L'anse intestinale, au moment où elle entre dans le canal obturateur, est en dedans et en avant des vaisseaux et nerf obturateur; à sa sortie du canal elle est en dedans et au-dessus de ces vaisseaux et nerf.

Arrivé à l'ouverture antérieure du canal obturateur, l'anse intestinale, coiffée du péritoine, refoule le fascia iliaca, et vient former, au bord supérieur du muscle obturateur externe, une tumeur de la grosseur d'une forte noisette à peu près.

Cette tumeur est recouverte par toute la masse musculaire supérieure et antérieure de la cuisse, et pour la découvrir il faut fendre dans toute sa longueur le muscle pectiné. La gaine des vaisseaux et nerfs fémoraux est située en dehors de la tumeur, dont la sépare du reste le muscle pectiné; jusqu'au moment où le scalpel a eu pénétré à cette profondeur et fendu le muscle pectiné, il était impossible de sentir par la palpation la tumeur herniaire.

Le sac herniaire se compose de deux tuniques: d'abord et à l'extérieur, le fascia pelvien mince, un peu brunâtre, sans aucune perforation; ensuite, et à l'intérieur, une autre poche constituée par le péritoine.

Il n'y a pas d'adhérence entre la tunique extérieure du fascia iliaca et le muscle pectiné repoussé en avant; pas d'adhérence non plus entre la face intérieure de ce fascia iliaca et la face extérieure du sac péritonéal.

La tunique péritonéale est un peu surchargée de graisse; du reste hyperhémisée, mais sans coloration noire et sans perforation.

L'anse herniée a une longueur de 5 centimètres environ; elle est un peu brune, sans altération visible de ses tuniques, sans dépoli de sa séreuse, sans adhérence avec la face intérieure du sac péritonéal.

L'étranglement, au moment de l'autopsie, est assez serré pour qu'on ne puisse retirer qu'avec peine l'intestin; quelques jours après, cela est très-facile.

On reconnaît alors que l'étranglement paraît être opéré, surtout par la bride aponévrotique donnant insertion au muscle obturateur interne, et constituant le demi-cercle inférieur qui complète, avec l'arc osseux supérieur, l'orifice semi-ovalaire ou embouchure du canal obturateur.

Du côté extérieur, la même bride aponévrotique, qui là donne insertion au bord supérieur du muscle obturateur externe, paraît produire un résultat semblable sur le collet du sac herniaire.

Le collet du sac aurait donc ainsi une longueur de 4 centimètre

environ, et serait contenu dans un canal osseux supérieurement et fibro-musculaire inférieurement.

— **M. PERRIN** demande à communiquer, dans la prochaine séance, un fait analogue à celui de **M. Labbé**.

De la saillie de l'os après l'amputation, et de l'autoplastie par glissement comme moyen d'y remédier.

— **M. PHILIPPE** lit sur ce sujet un travail dont l'examen est renvoyé à une commission composée de **MM. Laborie, Foucher et Le Fort**.
La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 14 NOVEMBRE 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

RECTIFICATION.

M. TRÉLAT demande une rectification au procès-verbal rédigé par **M. Després**, à propos de la discussion sur la Maternité de Bordeaux. Il est dit que la Société a adopté la conclusion de **M. Tarnier**. C'est une erreur. La Société a tenu compte des observations présentées par ses membres, mais elle a adopté la conclusion de la commission avec des modifications indiquées en séance.

La rectification sera faite au bulletin.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

Une brochure sur quelques appareils en caoutchouc, par **M. le docteur Clauzure** (d'Angoulême).

— **M. LE D^r CAZENAVE** (de Bordeaux), adresse à la Société, à l'appui de sa candidature au titre de correspondant, la *Nomenclature paraphrasée* de ses travaux.

— **M. LARREY** présente, au nom de **M. Giovanni Melchiori** (de Milan), deux brochures intitulées : *Sur l'hydrocèle de la tunique vaginale* ; *Sur une variété de hernie inguinale*.

— **M. GIRALDÈS** présente à la Société, au nom de **M. le docteur**

Gibson, inspecteur général du service de santé de l'armée anglaise, *La statistique médicale et sanitaire de l'armée anglaise* pour l'année 1864.

Une thèse pour le doctorat en médecine sur l'ophthalmie diphtérique, par M. Cyprien Raynaud.

— **M. LEGUEST** donne lecture d'une lettre de M. Broca, secrétaire général de la Société d'anthropologie. Par cette lettre, la Société de chirurgie est informée qu'une commission de cinq membres a été nommée pour s'entendre sur la question de distribution des locaux annexés à la salle des séances. Le bureau de la Société de chirurgie se mettra en communication avec la commission de la Société d'anthropologie.

— **M. LE PRÉSIDENT** annonce à la Société, qu'après en avoir délibéré avec le bureau, il déclare vacante une place de membre titulaire.

COMMUNICATION.

Amputation tibio-tarsienne. — Extirpation de l'astragale.

M. VERNEUIL présente, à l'appui de sa communication, deux de ses opérés, et communique sommairement cinq observations inédites :

1^{er} et 2^o Deux désarticulations du pied pour lésions traumatiques tout à fait semblables dans les deux cas. Le pied avait été écrasé par la roue d'un wagon, l'opération fut faite quelques heures seulement après l'accident.

La cicatrisation fut un peu longue à obtenir, mais elle fournit néanmoins d'excellents moignons qui supportent facilement la pression et sont très-propres à la marche.

L'un des opérés surtout peut faire sans fatigue plusieurs kilomètres avec une botte très-simple.

L'autre, convalescent d'une affection interne indépendante de l'accident, se sert encore de béquilles. A la vérité, il a dû subir simultanément deux opérations, savoir : l'amputation tibio-tarsienne à droite, et à gauche l'amputation de la jambe au lieu d'élection, ce membre ayant été broyé jusqu'au voisinage du genou.

Les deux opérés sont soumis à l'examen de la Société.

Ces deux faits sont favorables à l'amputation immédiate pour les cas traumatiques ; M. Verneuil a signalé incidemment les bons résultats qu'il a obtenus dans l'amputation de la jambe, quand il a pu opérer dans les premières heures qui suivaient la blessure.

3^o et 4^o Deux cas de désarticulation du pied pour lésions organiques furent au contraire suivis de mort.

Un malade atteint de carie du tarse fut opéré à Lariboisière. Peu à peu la santé générale s'altéra, la poitrine se prit, et au bout de deux mois environ se déclara une pleurésie symptomatique de tuberculisation aiguë qui enleva le malade.

La plaie eut toujours mauvais aspect et le lambeau talonnier si long, si ample, se rétracta néanmoins à ce point, que les extrémités osseuses faisaient au bout du moignon une saillie de plusieurs centimètres. Si le malade avait guéri, une résection eût été indispensable.

Dans le second cas il s'agissait d'une dame âgée, affectée d'une ostéite extrêmement douloureuse dont aucun moyen n'avait pu entraver la marche. Un érysipèle grave était déjà parti des trajets fistuleux. Les fusées purulentes menaçaient d'envahir la jambe. L'amputation, tout incertaine qu'elle fût, était devenue la seule ressource. Les choses allèrent bien les premiers jours, quand survint une hémorragie qui ne put être arrêtée que par la ligature de l'artère tibiale postérieure au tiers inférieur de la jambe. Mais bientôt un érysipèle nouveau se déclara et enleva rapidement la malade.

M. Verneuil regrette, dans ces deux cas, de n'avoir pas préféré l'amputation sus-malléolaire, opération évidemment plus simple, et dont la plaie est susceptible d'une guérison plus prompte que la désarticulation du pied.

5^e Le dernier malade était un homme robuste qui fut pris de délire pendant le cours d'une variole et sauta par une fenêtre ; il en résulta une luxation de l'astragale qu'il fut impossible de réduire. La pression exercée par cet os sphacéla la peau de dedans en dehors. Lorsque l'eschare commença à se détacher, le pied et le bas de la jambe furent envahis par un phlegmon diffus. La variole étant alors guérie, M. Verneuil extirpa l'astragale, et passa plusieurs drains à la partie inférieure de la jambe. La guérison s'effectua lentement, mais sans accidents graves. Le pied reprit une forme satisfaisante, et tout porte à croire qu'il sera dans la suite d'un bon usage pour la marche.

M. LE FORT. J'ai eu l'occasion, il y a deux ans, à la Charité, dans le service de M. Denonvilliers, de pratiquer l'amputation tibio-tarsienne, en sectionnant les os comme le veut Syme, mais en conservant pour lambeau toute la peau du talon. Le résultat a été complet et le malade marche avec facilité.

Aussi, malgré le beau succès que nous a montré M. Laborie, pour une amputation sus-malléolaire, je crois à la supériorité de l'amputation tibio-tarsienne, en raison surtout de la très-grande facilité de la prothèse.

Le raccourcissement léger du membre est la cause de la claudication que présente le malade ; on pourrait, je pense, la combattre efficace-

ment en plaçant sous le talon de la chaussure un disque, une sorte de second talon disposé comme le tampon des wagons de chemin de fer, lequel aurait pour effet non-seulement de donner plus de longueur au membre, mais encore de donner dans la marche l'élasticité perdue par la suppression de l'avant-pied.

M. LARREY. Je rappellerai à la Société qu'elle a eu l'occasion d'examiner un amputé de Crimée de M. Leroy, et un opéré de M. Dauvé. Ces deux beaux succès plaident, comme ceux de M. Verneuil, en faveur de l'amputation tibio-tarsienne. J'ai vu appliqué le tampon ou coussin élastique dont vient de parler M. Le Fort. Il avait pour but de protéger le moignon et de s'opposer à la rétraction du lambeau.

M. Verneuil a amputé l'un de ses malades au lieu d'élection, je le sais cependant partisan de l'amputation à la partie inférieure de la jambe. Aurait-il modifié ses opinions, ou y a-t-il eu nécessité ?

M. VERNEUIL. Il y a eu nécessité, la jambe était horriblement broyée, il fallait l'amputer à sa partie supérieure ou bien couper la cuisse.

M. LABORIE. Les résultats obtenus par M. Verneuil sont fort beaux ; mais l'on peut, avec l'amputation sus-malléolaire, se placer dans d'aussi favorables conditions. J'espère le démontrer par un travail que je soumettrai à la Société ; j'ai pu réunir vingt observations et recueillir les moules de tous les moignons. Il me paraît prouvé que toutes les fois que le lambeau postérieur comprend dans son épaisseur le tendon d'Achille et qu'il est suffisamment long pour que la cicatrice soit tout à fait antérieure, le moignon est solide et non douloureux. J'ai vu, au contraire, les moignons dans lesquels la cicatrice était à l'extrémité et l'épaisseur des chairs peu considérable, s'enflammer, s'ulcérer, être une source continuelle d'accidents et de douleurs.

M. LARREY. Je ne puis qu'abonder dans les idées de M. Laborie, que j'ai toujours défendues dans les discussions qui ont eu lieu dans notre Société.

M. TRÉLAT. J'appuie aussi ce que vient de dire M. Laborie. Il faut que la cicatrice soit antérieure et le lambeau fort épais. Il ne suffit pas pour cela de le tailler largement et profondément, il est nécessaire d'obtenir rapidement la cicatrisation, sans cela les plus larges lambeaux peuvent se rétracter. Chez une pensionnaire de l'hospice des Ménages, à laquelle j'ai fait, il y a quatre années, une amputation de Chopart, un lambeau fort long et très-nourri s'est rapidement soudé. Cette femme marche facilement et le talon appuie franchement sur le sol. Je pourrais encore citer une amputation sus-malléolaire ; la cicatrisation du lambeau était complète le dixième jour, aussi le moignon

était-il solide et insensible à la pression. Le malade ne put, il est vrai, se livrer à la marche, car il succomba au bout de six mois à une tuberculisation mésentérique.

M. DESORMEAUX. Je désire être compté au nombre des partisans de l'amputation tibio-tarsienne. J'ai obtenu aussi de bons et durables succès. Je désire, en prenant la parole, dire quelques mots au sujet de ces individus que M. Verneuil a de la répugnance à opérer dans l'articulation tibio-tarsienne et qu'il désigne par l'épithète de lymphatiques; je les appellerais volontiers scrofuleux.

J'en ai opéré, et, sans avoir toujours à m'en louer, j'ai cependant obtenu d'assez bons résultats pour penser que, dans les cas de carie du pied, l'amputation tibio-tarsienne peut être appliquée avec avantage si les os de la jambe sont demeurés sains ou s'ils ne sont que peu altérés. Dans ce cas, je résèque ce qu'il est nécessaire des extrémités osseuses, mais j'ai toujours soin de conserver, pour former le lambeau, la peau du talon.

Sur quatre cas bien présents à ma mémoire, j'en ai deux dans lesquels la guérison fut obtenue, le troisième conserva des fistules et succomba à d'autres tumeurs blanches, le quatrième mourut trois jours après l'amputation. Je serais donc encore disposé à opérer dans l'articulation, si les lésions du pied n'étaient ni trop anciennes ni trop étendues pour me faire redouter l'envahissement des os de la jambe. Je dirai encore que les plus grands lambeaux ne sont jamais trop grands et que je regarde comme fort important d'y comprendre la peau du talon.

M. VERNEUIL. La surface à cicatriser est bien plus étendue dans l'amputation tibio-tarsienne que dans la sus-malléolaire. C'est pour cela surtout que je préfère celle-ci lorsqu'il s'agit de lésions chroniques et surtout de sujets scrofuleux. Il importe, en effet, de leur donner le moins possible à faire comme cicatrisation, et l'amputation sus-malléolaire remplit mieux ce but que la tibio-tarsienne. Je ferai d'ailleurs observer à notre collègue, que lorsqu'il résèque l'extrémité articulaire, ce n'est plus l'amputation tibio-tarsienne qu'il pratique.

NOMINATION DE COMMISSIONS.

On procède, par voie de scrutin, à la nomination de deux commissions pour l'examen des titres des candidats aux places de *membres correspondants nationaux et étrangers*.

Première commission : MM. Legouest, Depaul, Trélat, Broca, Guérin.

Deuxième commission : MM. Legouest, Giralès, Verneuil, Larrey, Le Fort.

COMITÉ SECRET.

Sur la demande de plusieurs membres, la Société se forme en comité secret à cinq heures.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 21 NOVEMBRE 1866.

Présidence de **M. GIRALDÈS.**

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine ;

Le Bulletin général de thérapeutique.

MM. Robert et Collin, fabricant d'instruments de chirurgie, présentent un nouvel appareil dit ophthalmofantôme, destiné à exercer les élèves à faire des opérations sur des yeux d'animaux.

— **M. GUERSANT** fait hommage à la Société du septième fascicule de ses *Notices sur la chirurgie des enfants*.

— **M. CULLERIER** fait hommage à la Société de son *Précis iconographique des maladies vénériennes*.

— **M. L. LABBÉ** présente, de la part de M. Spencer-Wells, une brochure intitulée : *Remarques cliniques sur les divers moyens de détruire le pédicule dans l'ovariotomie*.

— **M. GUÉNIOT** adresse une lettre de candidature à la place vacante de membre titulaire.

— **M. LE PRÉSIDENT** annonce à la Société que MM. Gaillard (de Poitiers), et Ollier (de Lyon), membres correspondants, assistent à la séance.

RAPPORTS.

Ovariectomie.

M. LÉON LABBÉ lit un rapport sur une observation d'ovariectomie pratiquée avec succès par M. le docteur Aubrée (de Rennes).

Messieurs, dans la séance du 6 décembre 1866, monsieur le Dr Aubrée, professeur adjoint de clinique chirurgicale à l'École de mé-

decine de Rennes, a lu devant vous une observation fort intéressante d'ovariotomie, pratiquée par lui le 28 août 1865.

Sans vouloir entrer ici dans tous les détails de ce fait important, permettez-moi de vous indiquer les points les plus saillants de cette observation.

Je rappellerai : 1° Que c'est à la ménopause que s'est développé le kyste.

2° Que madame B... était âgée de 51 ans ; ce qui prouve, un fois de plus, que l'âge avancé n'est pas une contre-indication à l'ovariotomie.

3° Que trois ponctions ont été pratiquées à un intervalle de quelques semaines et que, par un heureux hasard, un kyste énorme a pu être vidé. Il y avait absence presque complète d'adhérences.

4° Des difficultés pour l'extraction du kyste de la cavité abdominale se sont présentées ; ces difficultés étaient dues à la structure de la tumeur, composée en notable partie de kystes aréolaires ; d'où la nécessité d'une très-longue incision pratiquée sur le kyste. J'ai eu moi-même l'occasion d'agir ainsi, dans une ovariectomie pratiquée au mois de juillet 1865.

5° La suture a été appliquée de manière à juxtaposer dans une large surface les bords du péritoine.

6° Le pédicule a été fixé sans laisser le clamp à demeure, avec une très-forte épingle, comme le fait Spencer-Wells, et de plus en nouant la partie libre des ligatures sur un bâtonnet mis en travers de la plaie.

7° Aucune complication inflammatoire n'est survenue après l'opération :

Le ventre est toujours resté souple et aplati.

8° Les points de suture les plus éloignés du pédicule ont été enlevés le sixième jour ; et celui correspondant à la plus forte épingle placée au niveau du pédicule ainsi que deux autres restants le onzième jour.

9° Enfin la chute des ligatures du pédicule, dix-sept jours après l'ovariotomie.

Le 27 septembre, la cicatrisation était complète, et la malade pouvait marcher une partie de la journée, mais quelques tiraillements douloureux se faisaient sentir encore vers le lombo et le sacrum. Ces douleurs ont elles-mêmes disparu quelque temps après, et l'opérée se trouvait aussi bien qu'avant l'apparition de son kyste.

Ainsi que vient de vous l'apprendre le résumé de cette observation, tout dans ce cas s'est passé de la façon la plus régulière et la plus favorable, et la nature est venue prêter aide à notre habile confrère.

Aucune des nombreuses complications qui peuvent s'opposer à l'issue heureuse de l'ovariotomie ne s'est présentée; et dans l'espace d'un mois une santé parfaite a été rendue à la malade.

Nous sommes heureux, messieurs, de pouvoir ajouter ce nouveau résultat favorable à ceux, trop peu nombreux encore, que nous comptons en France, et nous pensons que nous ne saurions trop féliciter M. Aubrée du beau succès qu'il a obtenu.

M. Aubrée est placé, messieurs, à la tête d'un service de chirurgie important, à l'hôpital de Rennes; il a été interne des hôpitaux de Paris, et a publié, lors de son doctorat, une excellente thèse sur l'érysipèle.

Ces divers titres m'engagent à vous proposer les conclusions suivantes :

1° Remercier M. Aubrée de son intéressante communication.

2° Publier en entier son observation dans nos bulletins.

3° Inscrire M. Aubrée, en rang honorable, sur la liste des candidats au titre de Membre correspondant.

Observation de kyste multiloculaire de l'ovaire gauche. — Ovariectomie. — Guérison par le docteur Ed. Aubrée, professeur adjoint de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Rennes.

Madame B..., âgée de 51 ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament nerveux, a toujours joui d'une bonne santé. — Elle a eu deux enfants, le dernier, il y a seize ans. Ses couches ont été très-heureuses.

Il y a trois ans que ses règles se sont montrées pour la dernière fois.

Seize mois plus tard, en novembre 1863, madame B... s'aperçut qu'elle portait dans la partie inférieure du ventre une tumeur qui était grosse, environ, comme une tête de fœtus à terme. Cette tumeur n'était nullement douloureuse, et n'entraînait aucun dérangement dans les fonctions des organes voisins.

Le volume de cette tumeur augmenta progressivement jusqu'au mois de mai dernier, et devint tel, que la cavité abdominale tout entière fut distendue, au point de gêner l'ampliation de la poitrine et de troubler les fonctions de l'estomac, de l'intestin et de la vessie. La marche était très-pénible.

Des douleurs irradiantes apparurent dans les lombes, le sacrum et les cuisses. Le sommeil était agité et souvent interrompu par les douleurs.

Vers la fin de juin, ne pouvant plus supporter la gêne excessive que lui causait le volume énorme de la tumeur, elle réclama les soins de mon ami le docteur Pinoul, de Dol.

Il reconnut dans cette tumeur un kyste de l'ovaire, et fit une ponction qui donna issue à dix litres environ d'un liquide jaunâtre, un peu filant. Toutefois cette ponction ne diminua que de moitié le volume de la tumeur abdominale.

Le soulagement léger apporté par la ponction ne fut pas de longue durée; car, le 17 juillet, un mois après, madame B... venait réclamer instamment une nouvelle évacuation du liquide.

Cette seconde ponction, pratiquée du côté gauche, comme la première, n'amena encore qu'une réduction de volume, en éliminant huit litres de liquide.

Le lendemain, 18 juillet, je vis pour la première fois madame B...

Elle est de taille moyenne, brune, amaigrie; son teint est encore assez bon, et les muqueuses un peu colorées. Depuis quinze à vingt jours, l'appétit manque complètement, le sommeil a disparu, les douleurs lombaires augmentent et n'ont presque aucune rémission.

La tumeur du ventre offre le volume de l'utérus à huit mois de grossesse. Elle est saillante en avant, facile à délimiter en haut et sur les côtés, s'enfonçant dans le petit bassin. Sa consistance est molle et fluctuante à gauche de l'ombilic, dure, comme une tumeur solide, à droite dans une étendue de quinze à dix-huit centimètres carrés, moins ferme, plus élastique, mais non fluctuante dans toute sa portion sous-ombilicale.

La surface antérieure du kyste présente des ondulations légères, faciles à constater à travers les parois abdominales amincies.

Par le toucher vaginal, on trouve l'utérus fortement incliné à droite, le col dirigé vers la gauche.

Après cet examen et les renseignements donnés par la malade, il était évident que madame B... portait un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche.

Ce diagnostic posé, fallait-il proposer l'ovariotomie, fallait-il s'abstenir?

L'âge avancé, l'amaigrissement, l'affaiblissement progressif, le volume considérable de la tumeur après la ponction, sa consistance solide dans une grande étendue, semblaient peu favorables à l'opération.

D'un autre côté, madame B... n'avait jamais eu de maladie grave, ses couches n'avaient été suivies d'aucun accident inflammatoire, il

n'y avait dans les poumons, le cœur, les reins et les ganglions lymphatiques aucun signe d'affection organique, la couleur de la peau et des muqueuses n'accusait pas d'état cachectique.

L'amaigrissement et le dépérissement avaient marché si vite depuis trois mois, les ponctions avaient eu si peu de résultats, qu'on devait, en n'agissant pas, redouter une fin prochaine.

Madame B... habitant la campagne, dans une maison bien aspectée, au sommet d'un coteau élevé, très-près de la mer, se trouvait dans les meilleures conditions hygiéniques.

Le docteur Pinoul avait jugé le cas favorable à une opération radicale. Je partageai pleinement son opinion; et madame B..., mise au courant de sa situation, dont elle avait parfaitement conscience, n'hésita pas elle-même à se prononcer pour l'ovariotomie.

C'est le lundi 28 août, par une température sèche de 27 degrés centigrades, que l'opération fut pratiquée avec le concours de M. Gascon, interne de clinique à l'hôpital de Rennes, et des docteurs Bastard et Pinoul, de Dol, dont l'intelligence et l'habileté m'ont été si utiles pour mener à bonne fin cette laborieuse entreprise.

Madame B..., calme et confiante, est placée à onze heures et demie sur un lit spécial, enveloppée d'un peignoir de flanelle, l'intestin et la vessie ont été préalablement vidés.

Le docteur Bastard veut bien se charger de donner le chloroforme qu'on pousse jusqu'à résolution musculaire complète.

Une incision de douze centimètres s'étend de l'ombilic jusqu'à deux centimètres du pubis, comprenant successivement tous les tissus jusqu'au péritoine.

Après quelques minutes d'attente, lorsque l'écoulement sanguin a cessé, le péritoine est ouvert avec précaution dans toute l'étendue de la plaie extérieure.

Un demi-litre de sérosité citrine s'écoule de la cavité abdominale, et le kyste apparaît entre les bords de la plaie, recouvert, dans sa partie supérieure, par l'épiploon.

La main, introduite entre l'épiploon et la paroi antérieure de la tumeur, refoule en haut l'épiploon et, explorant la surface accessible du kyste, la trouve libre d'adhérences.

Un trocart de très-gros calibre est plongé dans le kyste, au centre de l'ouverture abdominale; cinq cents grammes environ de liquide mélicérique s'écoulent par la canule.

J'essaye en vain de vider un autre kyste en faisant plusieurs ponctions dans la paroi postérieure de la poche vidée, rien ne s'écoule. Le trocart retiré est introduit dans une loge du volume du poing située à droite de la première.

Même insuccès par les ponctions pratiquées sur la paroi postérieure de cette loge.

Ponction d'une troisième cavité kystique de même volume que la précédente.

La main est introduite dans la cavité abdominale, parcourt toute la partie supérieure de la tumeur, détruit quelques adhérences au voisinage du côlon transverse, et trouvant à la partie supérieure gauche, une pocho étendue et très-fluctuante, je l'abaisse jusqu'au niveau de l'incision, on la saisit avec deux pinces de Museux, et je la ponctionne.

Toute la partie supérieure droite de la tumeur et la moitié postérieure, à droite de l'ombilic, étant de consistance solide, je renonce à me servir du trocart, et j'essaye, par des tractions, de faire sortir la tumeur, bien qu'elle soit encore d'un volume assez considérable.

Ne réussissant pas, malgré des tentatives aussi fortes qu'on pouvait le faire prudemment, j'agrandis de deux centimètres l'ouverture de l'abdomen, en contournant avec le bistouri, la partie gauche de l'ombilic.

Le kyste sorti, nous constatons la grande brièveté du pédicule, qui n'a que quatre à cinq centimètres de longueur. Nous appliquons le clamp aussi près que possible de la tumeur, et le pédicule ainsi aplati mesure huit centimètres d'avant en arrière. Avec une aiguille courbe, je passe au milieu de ce pédicule deux ligatures solides en fil de soie, et je lie séparément les parties antérieure et postérieure.

Je passe ensuite un peu au-dessous des ligatures une ficelle de chanvre que je serre fortement. Je coupe le pédicule au-dessus du clamp, que je retire pour le mettre de côté. ✓

J'introduis quatre fois dans la cavité pelvienne, une éponge placée au centre de la main dont les doigts sont à demi-fléchis, pour enlever le liquide kystique, que l'habileté de mes aides, et toutes les précautions ordinaires n'ont pu empêcher d'entrer dans l'abdomen.

La malade, qui sort de l'état anesthésique dans lequel elle est restée pendant trente minutes, accuse une douleur vive, chaque fois que la main est introduite au fond du petit bassin.

L'ovaire droit, l'utérus et ses annexes, reconnus sains, la réunion est immédiatement pratiquée par neuf points de suture métallique adossant les deux lèvres du péritoine à un centimètre des bords de l'incision.

Une très-forte épingle, passant dans les bords de la plaie, traverse le pédicule au niveau des ligatures.

Madame B... est replacée dans son lit, quarante-cinq minutes après qu'on a commencé à donner le chloroforme.

La face est pâle, fatiguée, le pouls petit à 408, la peau refroidie. Il y a des nausées, et la région des lombes est le siège de vives douleurs. Le ventre est recouvert de fortes couches d'ouate assujetties par un bandage de corps modérément serré.

Les jambes et le tronc sont entourés d'eau chaude; on donne environ un centigramme et demi de morphine en deux cuillerées de potion, et on laisse l'opérée en repos.

Anatomie pathologique de la tumeur. — La tumeur après sa section présente encore un volume assez considérable. Elle pèse cinq livres et demie.

Examinée d'abord, dans sa disposition générale, elle présente : une portion dure et résistante au toucher, qui occupe sa partie latérale et supérieure droite, — sa partie supérieure gauche est formée par un grand kyste. — Trois kystes, de moyen volume, constituent sa partie antérieure et inférieure. La portion d'apparence solide est soumise, dans toute son épaisseur, à des coupes, qui ouvrent une très-grande quantité de loges ou vacuoles complètement isolées les unes des autres, dont les dimensions varient entre un et trois centimètres de diamètre.

Les parois de ces kystes présentent à peu près partout la même épaisseur d'un millimètre environ. Elles sont formées par un tissu fibreux, qui, à l'intérieur des loges, présente l'aspect lisse et brillant d'une membrane séreuse.

Le liquide contenu dans ces kystes présente des caractères physiques très-variés.

Ainsi, dans le grand kyste c'est un liquide jaunâtre, un peu filant. Dans les moyens, il est plus foncé et plus épais, contenant des paillettes de cholestérine. Dans les loges des kystes aréolaires, le liquide est encore plus varié : tantôt clair et transparent comme de la salive dans les uns, il est dans d'autres filant comme de l'albumine, ou même d'un blanc laiteux.

La quantité de liquide extraite pendant l'opération peut être estimée à dix litres environ.

Deux heures après l'opération, la chaleur à la peau est revenue. Le pouls est plus large à 404 pulsations, la face colorée. Les nausées et les douleurs des lombes persistent.

La partie libre du pédicule est touchée avec du perchlorure de fer liquide, et les extrémités des ligatures sont nouées sur un bâtonnet,

de la grosseur d'un crayon, roulé dans une petite compresse et placé en travers de la plaie.

On doit donner toutes les deux heures une cuillerée de la potion avec morphine, dix centigrammes, de l'eau avec du sirop de groscilles pour boisson. Le cathéterisme doit être pratiqué toutes les cinq heures.

29 août. — Le lendemain matin, il n'y a pas eu de sommeil, l'opérée est agitée, un peu inquiète, la langue est humide, il n'y a plus de nausées.

La face est colorée, la peau chaude, le pouls assez développé, à 104 pulsations.

Le ventre est très-plat, très-peu sensible, même au voisinage de la plaie. L'émission des urines a eu lieu naturellement, et sans douleur à quatre reprises.

Nous prescrivons de continuer la morphine, en diminuant la dose, et les boissons rafraîchissantes.

Le 30. — Le docteur Pinoul qui, seul, à cause de la distance qui me sépare de notre opérée, la voit le surlendemain, constate, un état aussi satisfaisant que la veille et compte 98 pulsations par minute.

Le 31. — Le pouls est à 92, le facies bon, la langue humide, la suppuration commence auprès du pédicule, autour duquel se manifestent quelques douleurs.

Le 1^{er} septembre. — État général et local toujours satisfaisant. On commence à donner du bouillon.

Le 2 septembre au soir, je retourne auprès de madame B... et j'apprends que le matin il y a eu un état syncopal qui a persisté pendant quarante-cinq minutes. Je trouve le pouls petit, faible à 84 pulsations, le facies bon, les pommettes colorées; la langue est blanche et humide; l'appétit se fait sentir. Il n'y a pas eu de selles. L'émission de l'urine est toujours facile.

Le ventre est partout souple et aplati, très-peu sensible à la pression dans la région sous-ombilicale.

La plaie est réunie par première intention dans toute sa partie profonde; ce n'est que dans deux ou trois points peu étendus de la peau que se montrent des bourgeons charnus. L'infundibulum correspondant au pédicule contient un liquide noirâtre et séreux, à odeur fétide. Le bâtonnet qui soutient les ligatures est enlevé, et l'infundibulum nettoyé avec le plus grand soin. C'est avec peine qu'on découvre à quatre ou cinq centimètres de profondeur la partie libre du pédicule, que nous touchons avec le perchlorure de fer. Nous enlevons ensuite tous les points de suture, sauf les deux plus rapprochés du

pédicule. L'infundibulum est en partie rempli de charpie légèrement humectée d'eau chlorurée qu'on renouvelle toutes les six heures.

Nous alimentons la malade avec des potages, des viandes et du vin.

5 septembre. — Le besoin d'aller à la selle se fait sentir. On donne un lavement laxatif qui débarrasse l'intestin, sans efforts.

7 septembre. — Je retrouve madame B... dans l'état le plus satisfaisant : l'appétit est excellent, le sommeil est revenu, le pouls à 72.

J'enlève les deux dernières sutures et l'épingle qui traverse le pédicule. La suppuration autour de ce dernier est peu abondante, et sans odeur fétide.

12 septembre. — Il n'y a presque plus de suppuration autour du pédicule ; les ligatures ne viennent pas sous l'influence d'une légère traction. Le ventre est toujours aussi indolent et aussi souple. Quelques douleurs vers les lombes persistent.

Madame B... peut se coucher sur les côtés sans éprouver de douleur.

14 septembre. — Les fils à ligatures tombent par une légère traction faite par le docteur Pinoul qui permet à l'opérée de se lever, dix-sept jours après l'extraction du kyste.

A la date du 27 septembre mon ami m'écrit que madame B... se promène une partie de la journée, et que sa santé serait parfaite si quelques tiraillements douloureux ne se faisaient encore sentir vers les lombes et le sacrum.

Depuis la fin de septembre les douleurs lombaires ont beaucoup diminué, et l'opérée se trouve aussi bien qu'avant l'apparition du kyste.

Le rapporteur conclut à la publication de l'importante observation de M. Aubrée, et à l'inscription de celui-ci sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

— M. LÉON LABBÉ fait un rapport verbal sur une observation de M. le docteur Pénard (de Rochefort), il propose à la Société d'adresser des remerciements à l'auteur, et de déposer son travail aux archives.

Les conclusions sont adoptées.

COMMUNICATIONS.

Tumeur fibro-plastique du genou ayant nécessité l'amputation de la cuisse. — Récidive. — Mort.

M. LABORIE. La Société doit désirer connaître la suite des observations qui lui ont été communiquées; c'est à ce titre que je viens rappeler l'histoire d'un malade que j'ai opéré au mois de février de cette année.

Il s'agissait d'une tumeur fibro-plastique ayant envahi le tibia à sa partie supérieure et pénétrant jusque dans l'articulation du genou. Des accidents très-graves nécessitèrent l'amputation de la cuisse.

Le malade guérit parfaitement et put reprendre son état.

Mais en août, il revint dans mon service avec des tumeurs dans la région inguinale. Ces tumeurs ne laissaient aucun doute sur leur nature. J'aurais pu les enlever, mais des symptômes positifs indiquant des lésions du côté des poumons, je dus m'abstenir.

Le malade est mort le 15 octobre. Nous avons trouvé des masses cancéreuses dans les poumons.

J'ajoute que la tumeur du genou était composée de tissu fibro-plastique sans trace de cellules cancéreuses.

Dans les poumons, au contraire, nous avons trouvé en grande abondance l'élément anatomique cancéreux.

Du côté du moignon, toutes les parties étaient dans un état parfait.

J'ai l'honneur de mettre sous vos yeux l'extrémité du fémur amputé. Malgré le peu de temps écoulé depuis l'opération, le canal médullaire est fermé par un véritable couvercle osseux.

Anévrysme traumatique du pli du coude.

M. TILLAUX. Messieurs, je désire vous entretenir d'un cas intéressant que j'ai dernièrement observé à la Charité, dans le service de M. le professeur Denonvilliers.

Un jeune homme de vingt-quatre ans, Étienne B..., habitant la commune d'Alvan, près Châteauroux, était saigné au bras gauche le 14 juillet dernier par une religieuse. Un jet de sang s'échappa immédiatement à une distance de plus de deux mètres. La religieuse effrayée établit immédiatement une forte compression sur le bras, et arrêta ainsi l'hémorrhagie. Mais le membre ne tarda pas à enfler, devint noir et extrêmement douloureux. Le surlendemain de l'accident le malade n'y pouvant plus tenir, supplia la religieuse de lever la compression. L'hémorrhagie ne se renouvela pas. Le gonflement étendu d'abord à tout le bras, se limita de plus en plus, et quelques

jours après, il restait seulement une tumeur bien circonscrite au pli du coude. Cette tumeur était indolente, mais le malade s'inquiétant des battements qu'il y observait, fut consulter un médecin de Châteauroux, M. le docteur Joulin. Bientôt la tumeur augmenta de volume, devint douloureuse, la peau rougit et les battements disparurent. M. Joulin l'envoya à Paris, et le 47 septembre il entra à la Charité.

Au bras gauche existait une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme environ, descendant à 4 ou 5 centimètres au-dessous du pli du coude, et occupant les deux tiers inférieurs du bras. La tumeur offrait au niveau du pli du coude une bosselure. La peau qui la recouvrait était rouge, violacée, très-amincie. On eût dit un abcès chaud tout prêt de s'ouvrir spontanément; fluctuation partout des plus manifestes. A la palpation, l'inspection, et l'auscultation, aucun soulèvement, aucun bruit dans la tumeur. La compression de l'humérale au-dessus n'amenait aucun changement, et les battements des artères radiale et cubitale, quoique plus faibles que du côté opposé, étaient néanmoins perceptibles. En un mot, cette tumeur ne présentait plus aucun signe d'anévrysme, et sans les renseignements très-précis fournis par le malade, le diagnostic eût sans doute été embarrassant.

J'avais évidemment affaire à une poche anévrysmale enflammée, et qui menaçait de s'ouvrir spontanément.

L'anévrysme était-il artériel ou bien artério-veineux? Je crois qu'il était impossible de le savoir, car, pour cela, il eût fallu connaître les symptômes du début, et je les ignorais absolument, le malade n'ayant souvenir que de battements.

Je m'abstins les premiers jours de tout traitement actif, observant seulement avec une attention extrême. J'étais d'autant plus inquiet que le jeune homme est épileptique, et que dans une attaque la poche aurait pu se rompre; mais l'état des parties ne resta pas stationnaire.

La rougeur s'étendait, la peau s'amincissait de plus en plus. Aussi, craignant en mon absence la rupture de la poche, et n'étant pas certain d'ailleurs, en présence des signes que je viens de décrire, qu'il n'existât pas un abcès en dehors d'elle, je fis, le 25, avec le bistouri, une ponction dans la partie la plus proéminente de la tumeur. Des saillots noirs, semblables à du raisiné, se présentèrent immédiatement en petite quantité. Rassuré alors sur le danger d'une hémorrhagie imminente, j'attendis les événements. l'état général du malade étant très-satisfaisant.

Une aggravation notable survint à partir du 28; le pouls s'éleva à 110. La peau était brûlante, un commencement de phlegmon se

manifesta à l'avant-bras. Le 29, l'état général était plus mauvais encore. Toute la journée le malade présenta un hoquet continu, des vomissements, une fièvre très-intense. Son facies était profondément altéré; il ne goûtait plus aucun repos. Il fallait agir.

Les accidents avaient évidemment leur point de départ dans l'inflammation du sac; l'indication à remplir était donc de le fendre largement et de le débarrasser des caillots qu'il contenait; mais je devais songer à la probabilité d'une forte hémorrhagie; deux moyens se présentaient: ou bien fendre le sac et lier dans sa profondeur au-dessus et au-dessous de la plaie artérielle, ou bien jeter préalablement une ligature au-dessus du sac, suivant la méthode d'Anel. Malgré les dangers sérieux que cette dernière méthode offre dans le traitement de l'anévrysme artério-veineux, c'est à elle que je m'arrêtai, car je n'étais pas certain d'avoir affaire à un anévrysme artério-veineux d'une part, et de l'autre je redoutais les difficultés de la ligature des deux bouts dans la poche.

Je pratiquai donc, le 29 au matin, la ligature de l'humérale à son origine, opération qui, malgré l'œdème considérable du membre, ne présenta aucune difficulté; j'ouvris ensuite le sac et en fis sortir les caillots mi-partie passifs et mi-partie actifs.

Les suites furent très-simples; à partir de ce moment le hoquet et les vomissements cessèrent, la fièvre tomba, le sommeil et l'appétit revinrent, et quelques jours après, le malade se promenait sans éprouver aucune douleur.

J'espérais la guérison, lorsque le septième jour, 6 octobre, on accourut en toute hâte me chercher, le malade était baigné de sang dans son lit; l'hémorrhagie provenait du sac. Pensant qu'elle venait du bout inférieur, je fus d'abord à la recherche de celui-ci après avoir fait au pli du coude une incision sur le trajet connu de l'artère; j'éprouvai bien quelques difficultés à travers les caillots fibrineux et les bourgeons charnus; je ne tardai cependant pas à le lier, mais l'hémorrhagie continua aussi violente. Je recherchai donc le bout supérieur, dont la ligature mit définitivement un terme à l'écoulement sanguin.

A partir de ce jour, le malade n'a plus éprouvé aucun accident; les plaies ont marché vers une rapide cicatrisation, et j'ai l'honneur, messieurs, de vous présenter aujourd'hui ce jeune homme qui retourne demain dans son pays. Vous pourrez constater que le bras a conservé toute sa sensibilité et sa motilité, sauf l'extension qui n'est pas encore complètement revenue.

— M. LARREY demande si la religieuse qui a pratiqué la saignée, a opéré de son autorité privée ou d'après l'ordonnance d'un médecin.

— Il résulterait des renseignements connus que c'est de son autorité privée que la sœur a dû agir.

M. DOLBEAU. Il y a dans la communication de notre collègue une lacune que je désirerais lui voir combler. Le diagnostic n'est pas posé ; s'agit-il d'un anévrysme artério-veineux ou d'un anévrysme artériel ? Pour moi, d'après les détails de l'observation, il y aurait lieu d'admettre l'existence d'un anévrysme artériel.

Quelle devait être la conduite du chirurgien ? Il me paraît incontestable que la recherche immédiate des deux bouts de l'artère blessée, au-dessus et au-dessous de la poche anévrysmale, était l'indication vraie. Arrêté par le sentiment des difficultés opératoires, notre collègue n'est arrivé à remplir cette indication que lorsqu'il a eu la main forcée. Il est à remarquer que l'opération a été heureusement pratiquée ; il en aurait été de même s'il eût d'emblée eu recours à cette méthode. La région poplitée mise à part, les difficultés opératoires sont loin d'être insurmontables. Dans l'espèce, je dirai même que l'opération est facile, l'artère est assez volumineuse et assez superficielle pour qu'on puisse facilement la rencontrer. C'est ce que j'ai vu lorsque MM. Velpeau et Nélaton opéraient dans deux cas que j'ai observés ; c'est ce qui est advenu lorsque j'ai opéré moi-même dans un autre cas.

M. TILLAUX. M. Dolbeau n'a sans doute pas entendu la partie de ma communication relative à la discussion du diagnostic. J'ai dit et je répète que je ne pouvais arriver à un diagnostic positif de l'espèce. Je suis resté dans le doute, et c'est précisément parce que je pouvais espérer avoir affaire à un anévrysme artériel que j'ai eu recours à la méthode d'Anel et lié l'axillaire. Si j'avais cru, comme je l'ai cru depuis, à un anévrysme artério-veineux, j'aurais immédiatement pratiqué la ligature des deux bouts. Ce n'est pas que je me dissimule les difficultés d'une opération de cette espèce, même dans la région du coude, quand une tumeur anévrysmale est à ce point volumineuse et enflammée, que l'on a lieu de craindre qu'un phlegmon diffus n'ait pris naissance à son contact.

M. DOLBEAU. Je ferai observer encore que, d'après l'examen du malade, c'est l'humérale et non l'axillaire qui a été liée par M. Tillaux.

M. DESPRÉS. Je ne puis comprendre l'incertitude dans laquelle M. Tillaux est resté, relativement au diagnostic. Aucun des grands signes de l'anévrysme artério-veineux n'était constaté, aucune des modifications que sa présence imprime aux veines et à l'artère du membre affecté, les troubles fonctionnels propres aussi à la phlébarie, engourdissement, refroidissement des doigts, n'existaient pas non

plus. Pourquoi donc y songer ? Mais il n'y avait pas seulement absence des signes propres et pathognomoniques de l'anévrysme artérioveineux, il y en avait qui appartiennent presque exclusivement à l'anévrysme artériel. Ainsi la coagulation du sang, c'est-à-dire la présence de volumineux caillots dans la poche anévrysmale, ce qui avait d'autant plus de signification que l'accident était encore récent. Je ne dois donner qu'avec réserve un diagnostic basé sur de simples renseignements, mais je crois qu'il s'agissait ici d'un anévrysme artériel faux primitif.

M. TILLAUX. M. Després se base sur l'absence des signes propres à l'anévrysme artérioveineux pour en rejeter l'existence. Mais il semble oublier que la dilatation des veines et de l'artère n'arrive pas dans un aussi bref délai qu'il le suppose, et que j'avais affaire à une tumeur enflammée et par conséquent modifiée, défigurée. C'est dans cet état, et en raison même de cet état, que le malade nous a été envoyé. L'inflammation seule suffirait à expliquer la présence des caillots dans la poche. Cela n'est pas d'ailleurs absolument rare dans les anévrysmes artérioveineux, et la marche ultérieure de la maladie me porte à croire que c'est à cette espèce d'anévrysme que j'ai eu affaire.

M. BROCA. L'affirmation de M. Després relativement à la facilité du diagnostic de l'espèce d'une tumeur anévrysmale m'a engagé à demander la parole. Oui, ce qu'a soutenu notre collègue est vrai, quand les choses sont à l'état simple, mais tout change dans un cas semblable à celui de M. Tillaux. Les bruits caractéristiques en particulier sont en rapport direct de l'état de l'ouverture de communication et du diamètre de la poche anévrysmale. J'ai souvent eu à relever, en compulsant des observations, des cas d'erreurs, et je m'explique très-bien sa possibilité dans le cas actuel. Il est vrai que l'on ne rencontre que très-rarement des caillots dans l'anévrysme artérioveineux, mais l'inflammation de la poche peut expliquer leur formation.

Je crois cependant que les détails que nous a donnés M. Tillaux sont de nature à faire admettre l'existence d'un anévrysme artériel, mais je ne saurais être aussi affirmatif que M. Després.

Notre honorable collègue, M. Larrey, a tenu à relever le côté moral et professionnel de cette observation. Je pourrais rapprocher de ce fait malheureux celui du docteur Chapelle, de Saint-Malo. La saignée faite par une religieuse fut également suivie de la formation d'un anévrysme.

M. LARREY. Au point de vue pratique, je pense que l'ouverture de la poche et la ligature des deux bouts de l'artère lésée au-dessus

et au-dessous de l'anévrisme est la vraie indication à remplir dans la grande classe des anévrysmes traumatiques. Je me rappelle avoir présenté à la Société un cas de la clinique du Val-de-Grâce. L'artère humérale avait été blessée au pli du coude par un éclat de verre, j'ouvris la poche anévrysmale, je liai les deux bouts de l'artère, et le blessé guérit sans accidents.

J'ai voulu que les renseignements relatifs à l'exercice illégal de la chirurgie fussent bien spécifiés, c'est en effet une question grave qui souvent déjà a attiré mon attention et provoqué mes réflexions. Il convient peut-être de la réserver, mais c'est une question à reprendre, et je crois que la Société de chirurgie pourrait s'attribuer la mission de l'éclairer de ses avis. Je serai à sa disposition si elle juge convenable de s'occuper un jour de l'exercice illégal de la chirurgie. Le cas du docteur Chapelle m'est parfaitement connu; outre celui qui vient de nous être signalé, j'en connais encore deux autres parfaitement analogues; j'ai parlé de l'un d'eux dans la Société de chirurgie, j'ai cru aussi devoir les signaler dans une commission de l'Association générale des médecins de France que présidait le ministre de la justice.

Résections sous-périostées.

M. OLLIER. J'ai eu l'honneur d'exposer devant vous, il y a quelques mois, les principes physiologiques et opératoires qui me guident dans la pratique des résections. J'ai surtout insisté sur l'importance de la conservation de la continuité du canal périostéo-capsulaire pour faire reconstituer, après des résections articulaires des articulations de même type que les articulations enlevées. Je citais à ce propos des cas de résection de l'épaule et du coude chez l'homme, aussi complets au point de vue de la reconstitution de l'articulation que les observations expérimentales dont je mis les pièces sous vos yeux. Je viens aujourd'hui, dans le même ordre d'idées, vous exposer le résultat des résections et ablations sous-périostées que j'ai pratiquées sur les os du pied.

L'ablation du calcanéum est une opération qui a été rarement pratiquée en France, et je ne connais même que les faits de M. Rigaud de Strasbourg, mentionnés par M. Bœkel dans sa traduction du traité des résections de Heifelder. Cette opération a été souvent pratiquée à l'étranger pendant ces dernières années, et, bien que les résultats physiologiques n'aient pas été complètement satisfaisants, ils ont été assez remarquables pour faire accepter cette opération conservatrice. Je vous ai montré dans le temps des exemples de régénération du calcanéum chez les animaux après la résection sous-périostée

d'une grande partie de cet os. Chez l'homme on peut obtenir, dans des conditions d'âge déterminées, un résultat analogue, au point de vue de la régénération de l'os. Le moule en plâtre que je mets sous vos yeux se rapporte à une jeune fille, qui a dix-sept ans aujourd'hui. à laquelle j'ai enlevé, par la méthode sous-périostée, les cinq sixièmes du calcanéum. J'enlevai d'abord les deux tiers postérieurs en un seul fragment; puis, l'os s'étant brisé au moment où je l'écartais avec un davier, j'enlevai avec la gouge la moitié au moins de la portion restante. A la place des parties enlevées, il s'est reconstitué une tubérosité osseuse sur laquelle porte le poids du corps. Le diamètre antéro-postérieur du pied est diminué, parce que le calcanéum nouveau n'est pas aussi saillant en arrière que le calcanéum normal; mais ce qu'il importe de faire remarquer, c'est que le tendon d'Achille s'implante solidement sur lui, soulève le talon par ses contractions et abaisse la pointe du pied.

Pour obtenir ce résultat, je détache le tendon d'Achille au lieu de le couper; je conserve tous ses rapports avec la gaine périostique, de manière qu'au cas où la régénération osseuse ne s'effectuerait pas, le tendon d'Achille puisse continuer à agir sur l'avant pied par l'intermédiaire de cette gaine fibreuse, *qui agira toujours comme un tendon prolongé*. C'est là le point essentiel du procédé opératoire, qui est du reste combiné de manière à ne léser aucun tendon et à limiter le traumatisme dans l'intérieur de la gaine périostique. Aussi cette opération est-elle celle qui démontre le mieux l'utilité théorique et pratique de la méthode que j'emploie. J'aborde l'os par une incision coudée, suivant le bord externe du tendon d'Achille, allant jusqu'au-dessous de la tubérosité postérieure du calcanéum, et changeant alors de direction pour se porter en avant et se terminer au niveau de la face supérieure de l'apophyse postérieure du cinquième métatarsien. Inutile de dire que dans cette dénudation de l'os je ne me sers pas du bistouri: je dépouille complètement le calcanéum au moyen de la rugine droite dont je me sers habituellement. A mesure que je détache le tendon d'Achille, je rejette en dedans le lambeau cutanéopériostique, et je dénude successivement toutes les faces en détachant les tendons des péroniers, qui pourraient gêner la manœuvre.

Ce procédé a un grand avantage au point de vue de la conservation de la forme, le talon ne s'affaisse pas, ou du moins ne s'affaisse que d'une manière peu marquée: vous pouvez voir, d'après ces photographies, qui se rapportent à d'autres opérés, combien la saillie du talon est remarquable, malgré l'ablation du calcanéum. Une de ces figures se rapporte à un sujet auquel j'ai enlevé tout le calcanéum il y a quatre mois, et vous pouvez voir que la forme du pied est à peu près

normale, bien qu'il n'y ait peut-être encore que du tissu fibreux ou ostéo-fibreux dans la cavité périostique ; mais le talon est solide, et ne s'affaisse pas, bien qu'on presse très-fortement sur lui avec la paume de la main ; le malade ne marche cependant encore qu'avec des béquilles.

La seconde série de faits que je désire vous exposer se rapporte à l'ablation complète du premier métatarsien. L'ablation de cet os, assez rarement pratiquée jusqu'ici, a donné des résultats très-variables, qu'il est d'ailleurs très-difficile d'apprécier, car les malades n'ont pas été suivis. J'ai fait six fois l'ablation de cet os ; j'ai eu des résultats différents selon les cas. Un de mes opérés a eu consécutivement l'orteil relevé en haut par le tendon extenseur, que je n'avais pas coupé préventivement. Depuis lors, j'évite cet accident par l'application d'un traitement préventif, consistant dans l'emploi d'une extension continue, au moyen de doigts de caoutchouc fixés à un appareil plantaire qui empêche l'orteil de se porter en arrière. Après ces opérations, je n'ai pas constaté d'abondante reproduction osseuse, à part un cas dans lequel la gaine périostique contenait déjà des plaques ostéoïdes au moment de l'opération. Dans les autres cas, le tissu nouveau est resté presque exclusivement fibreux, il y avait pourtant des masses ostéoïdes ou osseuses dans l'intérieur. Mais, malgré l'imperfection de la reproduction, la forme de la région est remarquable ; il y a une saillie qui touche le sol dans la station, et le pied n'est pas déformé. L'orteil peut se relever et se fléchir très-aisément ; mais comme cette opération exige un traitement consécutif, long et douloureux à la fois, pour peu que l'extrémité postérieure de la première phalange fût cariée, l'amputation serait préférable. En pareil cas, je fais l'amputation sous-périostée, c'est-à-dire que je conserve le périoste de l'os, afin d'avoir un coussin plus épais.

Afin de compléter les renseignements que je vous ai donnés sur mes opérés de la résection de l'épaule et du coude, je fais passer sous vos yeux les photographies représentant la forme du moignon de l'épaule et la saillie deltoïdienne, ainsi que l'écartement dont est susceptible le bras après la résection scapulo-humérale sous-périostée. Le deltoïde reprend ses fonctions, et, qui plus est, les muscles rotateurs, dont l'attache sur la gaine périostique a été conservée, continuent à agir sur l'humérus. Que la tête se reproduise ou ne se reproduise pas, la gaine périostique sert d'intermédiaire entre le tendon et l'os, et permet la transmission de l'action musculaire.

M. TRÉLAT. Je demanderai à M. Ollier de vouloir bien se rappeler que j'ai défendu ici, il y a plusieurs années, dans un rapport sur la résection du coude, la méthode opératoire qu'il préconise. J'y vois

surtout de grands avantages au point de vue de l'opération, et toute question de régénération osseuse à part, je pense que c'est là le procédé normal pour pratiquer les résections.

M. BROCA. M. Ollier a fait en quelque sorte appel à mon témoignage sur la question de la facilité et de la simplicité du manuel opératoire. Dans l'opération que j'ai dernièrement pratiquée, aucune complication n'est résultée de la méthode suivie. — Au contraire, je fus frappé de l'extrême facilité de l'opération; je n'ai vu aucun de ces nerfs si redoutés au coude, l'opération s'est faite presque à sec, et j'ai pu ainsi enlever huit centimètres de l'humérus et réséquer les extrémités articulaires du cubitus et du radius.

M. TRÉLAT. Les avantages que nous signale M. Broca sont précisément ceux que j'ai cherché à bien mettre en relief. En opérant toujours le long de l'os sans le quitter un instant, on a non-seulement un guide des plus sûrs, mais une opération simple, une plaie nette sans délabrement. Dans deux opérations que j'ai pratiquées, je me suis conformé à ces préceptes; M. Richet, qui a bien voulu m'appeler pour l'assister dans une résection du coude, peu de temps après la lecture de mon rapport, fut également frappé de la facilité et de la sûreté de cette méthode. Aussi, je le répète, l'ai-je préconisée abstraction faite de toute chance de régénération osseuse, car, même à son défaut, cette manière de faire est évidemment la plus simple et la plus sûre.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Pseudarthrose de l'humérus. — Résection et suture des extrémités osseuses.

M. DEMARQUAY présente à la Société de chirurgie une demoiselle âgée de vingt ans, à laquelle il a pratiqué avec succès la suture des os, pour une pseudarthrose de l'humérus, qui datait de quinze mois.

L'opération a été faite le 43 juin 1866. La fausse articulation siégeait au tiers inférieur de l'humérus. Par une incision longue de 7 à 8 centimètres, faite à la partie postérieure, parallèlement à l'axe du membre et à travers les fibres du triceps, M. Demarquay mit à nu le foyer de la fracture. Faisant saillir successivement les deux fragments, il les dénuda avec soin de leur périoste, dans toute la partie qui devait être retranchée. Puis, à l'aide de la scie à chaînes, il les réséqua dans l'étendue de 4 centimètre pour le fragment inférieur et de 4 centimètre et demi pour le fragment supérieur. Ces fragments, parfaitement libres d'ailleurs de toutes connexions entre eux et avec les parties voisines, étaient simplement recouverts d'une membrane fibreuse.

Avec une sorte de vilebrequin, le chirurgien pratiqua ensuite sur chacun des fragments un trou de 4 à 5 millimètres de diamètre, par lequel il fit passer un fil métallique, qui embrassait ainsi dans son anse les nouvelles extrémités osseuses. Enfin, faisant rapprocher autant que possible les nouvelles surfaces, il tordit plusieurs fois le fil sur lui-même, et en abandonna les chefs dans la plaie.

On n'eut plus qu'à réunir par la suture la plaie extérieure et à placer le membre dans une gouttière.

Le fil métallique ne put être retiré que vers la sixième semaine, à la suite de tractions répétées. Il resta toutefois dans la plaie une petite portion de ce fil, qui s'élimina presque spontanément cinq mois après l'opération.

Du 9 août au 40 octobre, on a remplacé la gouttière par une série de bandages dextrinés. Plus tard le bras a été simplement mis en écharpe.

Le travail de consolidation, qui s'est continué régulièrement depuis l'opération, est à peu près complet aujourd'hui. Le cal est volumineux, le bras a son volume normal, la mobilité a disparu, les mouvements volontaires sont possibles, et la guérison peut être considérée comme parfaite. En comparant le bras avec celui du côté opposé, on constate un raccourcissement de 3 centimètres.

Une particularité de cette observation, c'est que la jeune fille avait eu, en même temps que sa fracture de l'humérus, une fracture de la rotule qui s'était consolidée en quarante jours. C'est un exemple de plus à ajouter à tant d'autres de la prédilection malheureuse des fractures de l'humérus, à se transformer en pseudarthroses.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine; •

Le compte rendu des travaux de la Société des sciences médicales de l'arrondissement de Gannat (Allier), pour 1865-66 ;

Le Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique, n° 8.

Une brochure de M. le docteur Bækel, membre correspondant, à Strasbourg, intitulée : *Réssection cunéiforme du genou pour une ankylose angulaire osseuse, suivie de succès.*

MM. Liégeois et de Saint-Germain écrivent pour se porter candidats à la place de membre titulaire.

A propos du procès-verbal :

Suture des os dans les pseudarthroses.

M. MARJOLIN. M. Demarquay nous a communiqué un cas intéressant de pseudarthrose guérie par la résection et la suture des extrémités osseuses. Je crois la suture au moins inutile en semblable circonstance. Je crois que l'on s'expose à faire nécroser la portion de l'os qui avoisine le siège des perforations nécessaires pour passer le fil métallique, et dans l'observation de M. Demarquay, l'on aperçoit mieux les inconvénients de la suture qu'on n'en saisit les avantages. J'ai, pour ma part, obtenu des succès sans la suture, par le seul fait de la résection et du rapprochement des fragments convenablement immobilisés; je craindrais, en faisant plus, de compliquer inutilement ou de compromettre l'opération.

Coagulation du sang dans l'anévrysme artério-veineux.

M. DESPRÉS. Dans la dernière séance, à propos de la communication de M. Tillaux, j'ai cru pouvoir avancer que la coagulation du sang dans l'anévrysme artério-veineux était un fait tellement exceptionnel, que la présence des caillots devenait, pour notre collègue, un nouveau motif pour rejeter l'idée d'une phlébartérie, une présomption puissante d'accepter le diagnostic : anévrysme artériel faux primitif.

M. Tillaux m'a répondu qu'il y avait des exemples de coagulation dans les anévrysmes artério-veineux. Moins affirmatif, M. Broca m'a objecté que, dans le fait de notre collègue, l'inflammation expliquait la possibilité de la coagulation. J'ai voulu, avant de répondre, recourir aux preuves; la coagulation du sang dans l'anévrysme artério-veineux est si rare, que je serais tenté de dire qu'elle n'est pas possible; telle est l'opinion que je viens encore aujourd'hui défendre.

Les observations contenues dans les thèses de MM. Morvan (1847), et Henry (1855), les faits consignés dans nos *Bulletins* par MM. Broca et Richet, témoignent en faveur de l'opinion que je soutiens.

La coagulation du sang dans cette espèce d'anévrysme est si rare, elle est si difficile à obtenir, que dans le fait montré par M. Broca à la Société de chirurgie en 1863, la dissection faite seize ans après le début de la maladie n'a pas permis de découvrir le moindre caillot.

Dans le livre si complet de M. Broca, un cas d'anévrysme dit de Park, un autre de cette variété, qui porte le nom d'A. Bérard, sont les seuls cas où quelques caillots fibrineux aient été rencontrés. Ici, je pourrais discuter; il me paraît que, dans un cas au moins, les caillots fibrineux étaient situés dans une poche dépendant de l'artère.

Jusqu'ici, on n'a pas vu de coagulation, pas de caillots passifs, oblitérant toutes les cavités d'un anévrysme artério-veineux, et dans ces deux cas le thrill, le bruit du souffle à double courant avaient persisté et pouvaient être constatés. Tous les chirurgiens ne savent-ils pas avec quelle difficulté on obtient la coagulation dans cet espèce d'anévrysme, lorsque, dans un but thérapeutique on a cherché à l'obtenir?

Alors même qu'on réussit à la provoquer, comme dans l'observation de M. Voillemier, rapportée par M. Broca, où la galvano-puncture fut employée, la coagulation n'a été que partielle.

J'ai encore consulté les observations au point de vue des troubles fonctionnels du membre déterminés par l'anévrysme artérioso-veineux. Il en est qui sont spécialement provoqués par lui, l'engourdissement, le refroidissement du membre, les dilatations veineuses; les symptômes que j'avais rappelés comme pouvant servir à préciser le diagnostic sont partout signalés quand on a su les rechercher.

Si j'ai voulu revenir encore aujourd'hui sur la communication de M. Tillaux, c'est qu'il me semblerait fâcheux de laisser s'accréditer cette opinion, que le diagnostic de l'anévrysme artériel et de l'anévrysme artérioso-veineux peut être impossible.

M. TILLAUX. Si je n'avais considéré comme tout à fait exceptionnelle cette impossibilité du diagnostic, je ne serais pas venu donner connaissance à la Société de chirurgie du fait que j'ai observé. Aussi, quand M. Després vient nous montrer, preuves en main, que la coagulation du sang est un fait des plus rares dans l'anévrysme artérioveineux, il ne nous rappelle que ce que nous savons tous. Mais il n'éclaire pas la question diagnostique dans un fait où des modifications toutes particulières, dues à l'inflammation, devaient permettre la formation des caillots. Ce que je tiens à maintenir, c'est que le sang peut se coaguler sous cette influence, même dans l'anévrysme artérioveineux, j'ai pu le constater *de visu* dans un cas d'anévrysme artérioveineux du creux poplité; c'est une observation qui appartient à M. Nélaton.

Je comprends moins encore l'objection relative aux modifications qui auraient pu être imprimées au membre. Il est impossible d'admettre qu'elles se produisent dans un cas aussi récent; et d'ailleurs, lorsque j'ai dû opérer, un œdème étendu provoqué par un phlegmon

diffus commençant aurait empêché toute observation de la nature de celles que réclame M. Després.

M. BROCA. S'il est une chose bien constatée, c'est que les caillots actifs ou fibrineux ne se déposent presque jamais dans les anévrysmes artério-veineux. C'est là une particularité remarquable qui domine toute leur histoire. Ces faits que j'ai eu l'occasion de constater, que j'ai cherché à expliquer, M. Després les développe devant nous. Je ne saurais ne pas accepter une opinion qui est la mienne, et que j'ai rappelée dans la dernière séance. Mais la tendance à la coagulation fibrineuse étant, toutes choses égales d'ailleurs, proportionnelle à la capacité de la poche et du peu de rapidité du courant, la coagulation fibrineuse elle-même peut s'observer dans l'anévrysme artério-veineux. Le fait d'A. Bérard, que j'ai rapporté dans mon livre, en témoigne hautement. Le sac anévrysmal, quoique variqueux-veineux, renfermait une grande quantité de caillots fibrineux dont quelques-uns étaient denses et adhérents à sa face interne. A plus forte raison, peut-on comprendre la formation de caillots dans un sac volumineux et enflammé, comme l'était celui que portait le malade de M. Tillaux.

Quant aux modifications imprimées au membre par la phlébarterie, il faut en effet du temps, beaucoup de temps, pour qu'elles se produisent. Il m'est arrivé, après dix années écoulées, de ne pas les rencontrer.

M. DESPRÉS. Nous sommes en effet du même avis, si nous admettons tous l'extrême rareté de la coagulation dans les anévrysmes artério-veineux. De là à penser que dans le fait de M. Tillaux il s'agissait d'un anévrysme artériel, il n'y a qu'un pas; et je rappellerai que le diagnostic que j'ai défendu est aussi celui de MM. Broca et Dolbeau. Je dirai à M. Broca qu'il n'y a pas d'observation où il soit prouvé qu'il y a eu coagulation de la totalité du sang contenu dans l'anévrysme. Dans tous les cas, des signes de l'anévrysme artério-veineux existaient : souffle, thrill ou battements. Je pourrais encore remarquer que M. Tillaux déplace l'une de mes objections, en parlant des modifications dans la texture des vaisseaux et dans la nutrition du membre, là où je ne réclame que des troubles fonctionnels, comme la dilatation des veines, le refroidissement des doigts, qui peuvent hâtivement se produire. Mais j'ai surtout eu pour but de faire voir qu'il fallait se montrer rigoureux avant d'accepter l'impossibilité d'un diagnostic, et je puis, à ce point de vue, me contenter de ce qui est ressorti de cette petite discussion.

COMMUNICATIONS.

Gangrènes diabétiques.

M. VERNEUIL. Les anthrax, les phlegmons diffus, les gangrènes humides se manifestent volontiers chez les diabétiques. C'est depuis la publication du livre remarquable de M. Marchal (de Calvi), que cette coïncidence pathologique a surtout attiré l'attention.

Je viens, pour ma part, d'observer dans les six derniers mois plusieurs cas de gangrènes diabétiques dont je veux vous entretenir, désireux que je suis de provoquer vos avis sur la question de l'opportunité de l'intervention chirurgicale chez les diabétiques.

Je donnerai tout d'abord le résumé de mes observations (1) :

J'ai refusé d'amputer les malades où cette indication semblait cependant posée. Je crois avoir sagement fait, mais je vais plus loin et je pose cette question : doit-on pratiquer des incisions, des débridements ?

J'ai en effet remarqué que les incisions que j'ai pratiquées ont toujours été suivies d'une perte de sang relativement énorme, et que toujours aussi l'état du malade avait été fâcheusement aggravé à la suite de cette spoliation involontaire. Il serait bien à désirer que de semblables questions fussent élucidées, car je crois que ces faits sont bien plus fréquents que nous n'étions tous disposés à le croire jusqu'à présent.

Ainsi, en remontant dans mes souvenirs, suis-je arrivé à penser que trois fois j'ai amputé dans des cas de gangrène diabétique. Je n'avais pas, en aucune façon à cette époque, eu l'idée du diabète, et cependant, chez deux de ces sujets, où je crus avoir affaire à de la pourriture d'hôpital, il me semble aujourd'hui très-probable qu'il s'agissait de cette espèce de phlegmon phagédénique dont la physiologie m'est aujourd'hui connue, qu'on ne peut plus méconnaître après l'avoir observée, et qui coïncide avec le diabète.

Mes amputés sont morts, et maintenant que j'accuse le diabète de leur mort, je ne puis m'empêcher de remarquer que de semblables échecs jetés dans une statistique, sans indication de l'état général, chargent bien mal à propos ses résultats. Je ne connais jusqu'à présent qu'un seul cas d'amputation guérie chez un diabétique, il appartient au docteur Musset.

A tous les points de vue, de semblables faits méritent donc l'attention des chirurgiens ; il est en particulier nécessaire que les opinions,

(1) Voir à l'Appendice.

ayant aujourd'hui cours sur les indications chirurgicales dans les gangrènes spontanées soient de nouveau soumises à la discussion.

M. LEGUEST. L'intéressante question soulevée par M. Verneuil est de celles qui méritent en effet toutes nos réflexions.

Je ne m'occuperai pas en ce moment de la question de l'amputation ; les règles générales, posées à propos des gangrènes spontanées, lui sont applicables et, dans un traumatisme assez grave pour nécessiter l'amputation, le diabète ne saurait être considéré comme une contre-indication. J'aborde la question plus restreinte et moins définie de l'incision appliquée au traitement des anthrax, des phlegmons et des gangrènes chez les diabétiques. M. Verneuil est disposé à regretter les incisions qu'il a pratiquées chez ses malades. Je crois cependant qu'il a bien fait. Il est heureusement prouvé que les accidents dont nous parlons, quoique toujours graves chez des diabétiques, sont susceptibles de guérison. Je crois que l'on ne saurait refuser dans ces cas le bénéfice de l'intervention chirurgicale et qu'il faut, s'il est nécessaire, débrider ou inciser. Je ne conseillerais pas, dans les cas de gangrène, d'inciser à la périphérie, mais bien sur les escharres, ce qui permet le dégorgement. C'est ainsi que j'ai agi en particulier chez l'un de mes amis, qui a guéri en définitive après avoir perdu deux orteils ; diabétique depuis vingt-cinq ans déjà, il assignait cependant une cause toute fortuite à ces accidents ; la blessure d'un orteil par une chaussure étroite. C'est en effet ce que l'on constate le plus ordinairement dans les narrations des malades, et M. Verneuil vient encore de nous le faire remarquer.

J'ai d'ailleurs pratiqué des incisions dans d'autres circonstances, mais, contrairement à ce qu'avance notre collègue, j'ai trouvé des tissus très-sensibles, si bien que si j'avais à formuler mon opinion à ce sujet, je croirais plutôt à une exagération qu'à une diminution de la sensibilité. Je serais donc disposé à attribuer à la gravité de l'état général le peu de sensibilité rencontré par M. Verneuil chez ses malades.

M. TRÉLAT. L'intervention chirurgicale me paraît aussi légitime et nécessaire dans les cas de phlegmons, d'anthrax, malgré la complication diabétique. On sait en premier lieu qu'elle peut n'être que secondaire ; il n'est pas douteux non plus que des diabétiques atteints d'anthrax n'aient parfaitement guéri. M. Denucé m'en a communiqué récemment une observation ; je connais une dame, notoirement diabétique, qui a été soignée d'un anthrax volumineux par M. Richet. Elle a guéri et reste guérie. Si l'on n'avait pas incisé dans ces cas, la maladie aurait-elle eu une aussi heureuse issue ? Il est permis de se le demander. En négligeant en raison du diabète l'intervention habituelle, on oublie que cette négligence est favorable à la manifestation

d'accidents non moins à craindre, tels que l'infection putride ou purulente. Rien de plus nécessaire que d'examiner les urines chez les sujets atteints de gangrènes, de phlegmons ou d'anthrax, mais, à mon avis, si l'on y découvre du sucre, on a une indication en plus à remplir, celle du traitement général, mais aucune en moins au point de vue chirurgical.

Je fais bien entendu des réserves au point de vue de l'amputation. Chez un diabétique, plus encore que chez tout autre sujet, l'amputation ne saurait être pratiquée si la gangrène est progressive. Il faut, en un mot, ainsi que le disait M. Legouest, s'en référer aux règles déjà établies à cet égard.

M. LARREY. La communication de M. Verneuil est des plus intéressantes, et je crois que l'on rencontrerait dans les belles monographies écrites dans ce siècle sur les gangrènes spontanées, spécialement dans le livre de François, des faits qui mériteraient de reconnaître le diabète comme étiologie principale. Je trouve cependant qu'il y a déjà un entraînement un peu excessif de ce côté, que l'on exagère l'influence de l'état diabétique, et que l'on fait aujourd'hui pour cette affection ce que nous avons déjà vu bien des fois se produire pour d'autres. Je citerai comme exemple la phlébite.

Les excellentes observations de MM. Legouest et Trélat abrégeront ce que j'ai à dire sur les indications chirurgicales. Je crois aussi que la chirurgie ne saurait se désarmer, qu'il faut intervenir, toutes réserves établies, lorsqu'il y a lieu. Je laisserai de côté la question de l'anthrax et du phlegmon.

En fait d'amputation, lorsque la gangrène est spontanée, il faut attendre qu'elle soit délimitée. C'est là la grande règle qui régit cette partie de la chirurgie. Lorsque la gangrène succède à un traumatisme, mon père avait posé en règle de ne pas attendre, l'amputation devenant un moyen de salut.

Si le traumatisme qui produit la gangrène se rencontrait chez un diabétique, je pense qu'il est des cas où l'on devrait temporiser ; ainsi, toutes les fois que les extrémités, les parties inférieures seules des membres sont atteintes. Mais je serais disposé, si la gangrène se rapprochait du tronc, à amputer d'urgence.

J'ai déjà eu l'occasion, autrefois, de proposer cette distinction à faire dans les cas de gangrène traumatique, et de la rappeler devant la Société de chirurgie.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN. Je désire soulever une question incidente étrangère aux faits principaux de la discussion. M. Verneuil nous a dit que l'un de ses malades avait un oignon enflammé, et a paru regretter que l'ouverture n'en ait pas été pratiquée. J'ai eu

l'occasion de donner un coup de bistouri sur l'une de ces tumeurs, et j'ai eu la douleur de voir succomber le malade. La bourse séreuse articulaire est en effet en communication avec la petite tumeur qui surmonte la déviation de l'orteil et que l'on appelle vulgairement oignon. Je m'en suis assuré en pratiquant plusieurs fois des injections par le côté interne de l'articulation. Toujours j'ai vu une communication évidente de la petite tumeur avec l'articulation.

M. VERNEUIL. La séreuse accidentelle qui se forme au sommet de la déviation produite par l'abduction de la phalange du gros orteil communique assez souvent avec l'articulation ; aussi me garderais-je bien de toucher à la tumeur qu'elle détermine, si je ne pouvais y être obligé par un abcès, un trajet fistuleux, etc. Il peut, dans ces cas, être dangereux de ne rien faire, et, que la communication existe ou non, il devient nécessaire d'agir.

La Société de chirurgie paraissant attacher aux questions que je viens de soulever à propos des gangrènes diabétiques l'importance qu'elles méritent, je remettrai ma réponse à la prochaine séance. D'ici là d'ailleurs nous pourrions recevoir, soit de nos collègues, soit du dehors, de nouvelles observations. Je rappellerai que je n'ai pas eu seulement en vue de résoudre ou d'éclairer un problème de pratique chirurgicale, mais de provoquer à nouveau l'étude des causes de la mortalité après les amputations.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE 1866.

Présidence de **M. GIRALDÈS.**

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine ;

La Gazette médicale de Strasbourg ;

Le Bulletin général de thérapeutique ;

Les Archives générales de médecine ;

L'Union médicale de la Provence.

M. le professeur Jarjavay, membre honoraire, fait hommage à la Société de l'*Éloge de Malgaigne*, qu'il a prononcé à la séance de rentrée de la Faculté de médecine, le 3 novembre 1866.

— M. Larrey présente, de la part de M. le docteur Sistach, une observation d'*Abcès du foie*, opéré et guéri par la ponction suivie d'injections iodées. (Renvoyé à la commission chargée d'examiner les travaux de M. Sistach.)

— M. Dolbeau s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

— M. Le Fort présente, au nom de M. Lejal, candidat au titre de membre correspondant, trois observations et une pièce d'anatomie pathologique. (Renvoyé à M. Le Fort, rapporteur.)

— M. Trélat présente, de la part de M. Delore, candidat au titre de correspondant, une thèse d'un de ses élèves, et trois *Observations relatives à un procédé d'opération de fistule lacrymale* ; une *Observation de ténorrhaphie*. (Renvoyé à la commission chargée de l'examen des travaux de M. Delore.)

A propos du procès-verbal :

Suture des os.

M. DEMARQUAY. Je répondrai aux critiques faites par M. Marjolin, à propos de mon observation, qu'il s'agissait d'une fracture ancienne et que la mobilité et l'écartement des fragments étaient tels, qu'une coaptation complète était impossible à obtenir par la position et les appareils. C'est ce qui me donna l'idée de suturer les os, et je m'y suis décidé après avoir lu plusieurs observations où cette pratique fut suivie sans le moindre inconvénient.

A propos de la correspondance :

Fractures condyliennes du fémur.

M. TRÉLAT. Je désire faire remarquer que la pièce anatomique que nous présente M. Le Fort, au nom de M. Lejal, offre une disposition rarement rencontrée dans les fractures condyliennes du fémur.

Lorsque j'ai étudié ce sujet, j'avais toujours trouvé les condyles séparés par une ligne verticale. Ici, bien que la fracture soit incomplète, la ligne qui les sépare est transversale. C'est le troisième cas observé. M. Houel a recueilli pour le musée Dupuytren une pièce venant du service de M. Jobert (de Lamballe), et M. Fontan vous en a présenté un exemple.

RAPPORTS.

Ablation des dents sans douleur à l'aide de l'électricité.

M. DESPRÉS fait un rapport sur un travail intitulé : *De l'ablation des dents sans douleur par l'électricité*, par M. le docteur Labat, professeur à l'École de médecine de Bordeaux.

M. Labat, dit le rapporteur, est d'avis que l'anesthésie électrique

ne peut avoir d'effet sérieux que quand le courant électrique passe seulement au moment de la luxation de la dent.

Le chirurgien a fait construire en conséquence des instruments qui permettent de bien saisir la dent, sans que le courant passât en dehors au moment de la luxation de la dent.

Les instruments sont un davier muni d'un bouton à ressort, une clef de Garengot munie d'une bascule propre à faire serrer le crochet en même temps qu'elle établit le passage du courant électrique. Nous signalons à la Société l'habileté de la conception et de l'exécution de ces instruments.

La théorie de l'Américain Hairis, sur l'anesthésie électrique appliquée à l'avulsion des dents, ne nous paraît pas justifiée; nous croyons qu'il y a simplement substitution d'une douleur à une autre, un mélange d'impressions pénibles et brusques. M. Labat a ingénieusement modifié un procédé connu déjà à Paris et expérimenté par Robert. Mais nous n'avons pas de preuves concluantes à l'appui de l'efficacité de l'anesthésie électrique.

M. Després propose le dépôt du mémoire aux archives et l'inscription de M. Labat sur la liste des candidats au titre de membre correspondant. Les conclusions sont adoptées.

Fistule branchiale borgne externe, chez une jeune fille de dix ans.

Opération. — Guérison.

M. DESPRÉS fait un rapport sur cette observation, envoyée par M. Sarrazin, agrégé à la Faculté de Strasbourg.

M. Sarrazin a eu recours ici à un procédé radical : l'ablation de la fistule. Il demande à la Société si cette opération est justifiée.

Nous avons peu de documents pour juger la question; nous avons entendu, l'année dernière, M. Serres (d'Alais), nous parler d'une fistule complète du cou congénitale, traitée et guérie par les injections iodées. Nous savons que des fistules accidentelles ont été traitées par l'ablation.

On peut donc répondre en principe que les injections iodées sont autorisées dans les fistules complètes et dans les fistules borgnes externes; mais que, si elles ne réussissent pas, l'ablation est une opération acceptable au moins pour les fistules borgnes externes.

M. Després conclut en demandant la publication de l'observation dans le bulletin, des remerciements pour l'auteur, et l'inscription de son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Les conclusions sont adoptées.

Voici cette observation :

L'observation que j'ai l'honneur de vous présenter aura peut-être la

Bonne fortune d'éveiller un moment votre attention à cause de l'intérêt qui s'attache à toute malformation remontant au début du développement embryonnaire. Il s'agit d'une fistule branchiale borgne stérne, chez une jeune fille de dix ans. Cette enfant, bien développée pour son âge, n'a présenté depuis sa naissance aucune affection digne de remarque, si ce n'est peut-être, en hiver, des rhumes assez fréquents accompagnés de leur cortège habituel. Le sommet de la poitrine me semble un peu plus bombé qu'à l'état normal; la sonorité est très-marquée sous les clavicules; l'auscultation ne révèle aucun signe important.

La mère de la petite A... est morte en mettant au monde une seconde fille qui n'a pas vécu.

Au dire de la tante, qui me présente l'enfant, aucun autre exemple de vice de conformation n'a existé dans la famille.

La lésion est congénitale; on a espéré longtemps qu'elle disparaîtrait par les progrès de l'âge; on n'hésite plus aujourd'hui à soumettre l'enfant, s'il y a lieu, à une opération qui doit la débarrasser de cette infirmité fâcheuse, surtout pour une jeune fille.

Je trouve, à droite de la ligne médiane, un orifice fistuleux situé à travers de doigt au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire, au bord interne du sterno-mastoïdien. Il est supporté par un mamelon charnu et admet avec peine une bougie de 3 millimètres de diamètre. La muqueuse qui double le conduit est rouge et sensible; par le cathétérisme, on provoque une petite toux sèche, très-supportable. Le jet monte obliquement en suivant la direction du sterno-mastoïdien, se termine en cul-de-sac, à 2 centimètres $1/2$ environ au-dessus de l'orifice cutané; il sécrète assez abondamment un liquide muqueux, transparent, incolore.

Au courant des travaux publiés sur les fistules congénitales du cou, me fut facile de reconnaître là une fistule branchiale due à l'oblitération incomplète d'une des dernières fentes branchiales. M'étant bien sûr par le cathétérisme et par des injections que la fistule était borgne, je résolus d'en entreprendre l'oblitération.

J'avais le choix des méthodes, car je crois être le premier qui ait osé l'entreprendre, du moins mené à bonne fin cette opération. L'incision simple ne pouvait être qu'insuffisante, car le trajet fistuleux est doublé d'une muqueuse qui semble parfaitement organisée. La cautérisation destructive promettait plus de succès, mais je courais la chance de pas tout détruire ou d'aller trop loin; la cicatrisation se serait faite mal et la cicatrice pouvait être rétractile et difforme. Je préférai l'excision; elle me permettait, du reste, de conserver le cul-de-sac

fistuleux presque dans son intégrité, et je me promettais d'en étudier la muqueuse.

La petite malade étant chloroformée, nous introduisîmes un bout de bougie emplastique, taillé d'avance d'une longueur convenable, jusqu'au fond de la fistule. Circonscrivant alors de très-près le mamelon charnu et prolongeant notre incision en haut d'environ 4 centimètre, il nous fut assez facile d'énucléer en quelque sorte, par la dissection, le trajet fistuleux et le bout de sonde qui le distendait, saisis tous deux par une pince à dents de souris. Des adhérences fibroïdes, assez serrées, fixaient les tissus que j'enlevais aux parties voisines, et j'eus lieu de me féliciter de la précaution que j'avais prise de distendre la fistule au moyen d'un corps résistant qui me servait en quelque sorte de conducteur. Il y eut au début un écoulement de sang assez abondant, eu égard aux dimensions de la plaie; il s'arrêta spontanément au bout de quelques minutes. Les suites de cette opération furent des plus simples : la réunion immédiate fut obtenue par la suture entortillée et l'immobilisation de la tête. Aujourd'hui la cicatrice est linéaire, un peu déprimée il est vrai, et longue d'environ 4 centimètre.

Je désirerais soumettre au jugement de la Société de chirurgie les questions suivantes : Faut-il opérer les fistules branchiales ? S'il est permis d'opérer les fistules borgnes, ne faut-il pas s'abstenir, dans le cas où la fistule, étant complète, présente un orifice interne à la partie inférieure de la paroi latérale du pharynx ? N'y aurait-il pas à craindre, dans le cas où on réussirait à fermer l'orifice externe, de transformer la fistule complète en fistule borgne interne que distendraient en cul-de-sac les sécrétions muqueuse et salivaire et peut-être même des substances alimentaires liquéfiées ? Dans le cas où on opère une fistule borgne externe, le procédé que j'ai suivi mérite-t-il l'approbation de la Société ?

DISCUSSION.

Gangrènes diabétiques.

M. VERNEUIL communique une observation sur ce sujet, adressée par **M. Lizé**, du Mans, membre correspondant.

M. O..., âgé de quarante-neuf ans, d'une constitution éminemment replete et sanguine, ayant fait de grands excès de boisson, était atteint, en 1862 et 1863, d'ulcérations aux jambes, qui avaient résisté à toutes sortes de moyens externes. Pas de varices pour expliquer ces lésions.

Comme **M. O.** buvait huit ou dix litres de liquide par jour, je fis

analyser ses urines qui contenaient environ 32 grammes de sucre par 1,000 grammes.

Un traitement alcalin suffisamment prolongé et un régime approprié purent amener un tel changement chez ce malade, que les ulcérations si rebelles des jambes guérissent d'elles-mêmes.

Le 24 août dernier, M. O... est obligé de s'aliter à cause de douleurs atroces à la plante du pied droit, principalement au niveau du deuxième orteil. A la base de cet orteil, et vers la face palmaire, existe un point noir laissant suinter une sanie roussâtre. La plante du pied et sa face dorsale, le mollet correspondant jusqu'au jarret, ne peuvent supporter la moindre pression sans donner lieu à des douleurs atroces. L'analyse des urines faite par M. Guettier, excellent pharmacien de l'École de Paris, fournit environ 40 grammes de glycose par litre.

Les jours suivants toute la face palmaire de l'orteil se noircit d'antitage et les parties molles sont tout à fait sphacelées; traitement interne par les alcalins, régime approprié. Poudre de quinquina arrosée d'alcool camphré.

Le 2 septembre, redoublement des douleurs spontanées qui sont atroces; énorme abcès gangréneux à la plante du pied et aspect noirâtre des tissus suivant le trajet du deuxième métatarsien jusqu'au niveau du talon. Gangrène du quatrième orteil. Nouvel abcès au niveau de la malléole interne; incision avec le bistouri. Décollement de la peau dans le voisinage de cette région; hémorrhagies successives réprimées par des applications de perchlorure de fer; continuation du traitement alcalin et des pains de gluten.

Phénomènes de résorption purulente.

Mort le 40 octobre dernier.

Nota. — Il est manifeste ici que les ulcérations des jambes, et plus tard la gangrène du pied droit, étaient une conséquence du diabète. En effet, le traitement alcalin et un régime convenable avaient d'abord suffi pour guérir les ulcères des jambes; malheureusement les mêmes moyens avaient échoué contre la gangrène du pied droit; malgré cet insuccès, je n'ai jamais songé à amputer la jambe, persuadé que ce n'était pas avec un procédé aussi extrême qu'il était possible d'atteindre la racine d'un mal qui tenait précisément à l'affection diabétique.

M. VERNEUIL. Je rappellerai les diverses questions que j'ai soulevées à propos de ma communication. Les grandes opérations sont-elles praticables chez les diabétiques? quels sont leurs résultats? L'intervention chirurgicale plus restreinte, les débridements, les incisions, ont-ils des avantages réels, ne présentent-ils pas des inconvénients?

Enfin, dans le cas de gangrène étendue d'un membre ou d'une partie d'un membre, les règles adoptées en chirurgie pour les gangrènes spontanées sont-elles de tous points applicables dans le cas de gangrène diabétique ?

J'ai incliné, il est vrai, vers l'abstention chirurgicale, mais je n'ai pas voulu établir qu'il faille supprimer les opérations chez les diabétiques. Ce dont nous avons besoin, c'est de mieux connaître l'histoire des opérations pratiquées chez les diabétiques et d'une manière générale chez les diathésiques. Ce qu'il faut réclamer ce sont des faits, bien plutôt que des appréciations, quelque autorisées qu'elles puissent être ; et malgré les très-précieux renseignements fournis par nos collègues, je crois devoir encore faire appel à l'expérience de chacun.

Pour l'amputation primitive, par exemple, un chirurgien sachant qu'il a affaire à un diabétique s'est-il trouvé en présence d'un accident qui indiquât le sacrifice d'un membre ou d'une portion de membre ? Quel a été le résultat d'amputations pratiquées dans de semblables circonstances ?

Nos honorables collègues ne nous ont donné de faits qu'à propos des phlegmons et des anthrax. Ils sont partisans des incisions ; ils ont incisé. M. Trélat se demande même si les malades n'auraient pas couru de plus grands dangers sans l'incision. Il est difficile d'accepter cet argument. Toujours est-il que l'on m'a concédé qu'il fallait être parcimonieux, et que j'ai montré des inconvénients réels dus aux incisions que j'ai pratiquées. Je ne saurais donc changer d'avis à ce sujet.

M. DEMARQUAY. Lorsque M. Marchal s'est occupé des gangrènes des membres chez les diabétiques, il a, ainsi que M. Musset, beaucoup exagéré en pensant que toute gangrène dite sénile reconnaissait le diabète pour cause. Cependant, le diabète est infiniment plus commun qu'on ne le suppose. Pour peu qu'on le cherche, on est assuré de le rencontrer dans un service de chirurgie.

Pour ma part, je crois que des maladies internes sont aussi gouvernées par l'influence diabétique. Ainsi, j'ai vu souvent des métrites, des cystites chroniques, subitement s'aggraver, puis revenir à un état de demi-guérison supportable où elles demeurent. Il s'agissait de sujets diabétiques, et pendant l'exacerbation, la quantité de sucre était exagérée ; diminuait-elle, bientôt les symptômes de l'affection vésicale ou utérine s'amendaient.

Comme tout le monde, j'ai vu les diabétiques sujets aux furoncles, aux anthrax, ou plutôt à des phlegmons profonds qui se terminent par gangrène. Dans tous les cas que j'ai observés, je n'ai, en effet, vu que l'apparence de l'anthrax ; c'est, en réalité, un phlegmon à marche

et à physionomie particulières. Il faut néanmoins débrider et largement débrider. Ces anthrax ne surviennent en effet que chez des diabétiques forts, non encore épuisés. Les gangrènes sont toujours secondaires et succèdent à l'inflammation ; elles se montrent d'autant plus facilement que le sujet est épuisé. Mais le rôle primitif de la phlegmasie, dans leur production, est encore pour moi une indication de recourir à l'incision, d'y recourir hâtivement, préventivement.

On peut être sûr qu'il y a diabète lorsque l'on voit une gangrène se montrer à propos d'une inflammation, d'une irritation des tissus. J'étais dernièrement appelé pour enlever un ongle dans un cas d'onxyxis. Je fis l'opération et j'employai la glace. Le soir même il y avait un point gangréneux. Je demandai à examiner les urines et je reconnus la présence du sucre. Ce sujet a succombé. Je ne craindrais pas aujourd'hui d'avancer que, dans certaines opérations que j'ai vu autrefois pratiquer par Blandin, il y avait diabète. Ainsi, dans un cas où la jambe fut coupée pour une gangrène molle du dos du pied, et dans lequel les lambeaux ne tardèrent pas à être frappés de gangrène.

M. LARREY. Je crois devoir rappeler que j'ai accepté l'indication des débridements dans les anthrax, mais sans insister sur ce point de la question. Dans les cas de gangrène spontanée, la délimitation de la gangrène domine toute intervention. Dans les gangrènes traumatiques au contraire, s'il est des cas où l'on peut attendre, ainsi que je l'ai spécifié, il faut se hâter d'amputer si la mortification s'étend rapidement vers le tronc.

M. TRÉLAT. Il n'y a pas de contradiction entre ce que j'ai dit et ce que pensent MM. Larrey et Legouest. M. Demarquay vient de nous déclarer qu'il incise largement ce qu'il appelle les phlegmons diabétiques. M. Verneuil penche cependant toujours vers l'abstention ou une parcimonieuse intervention ; je ne saurais jusqu'à présent reconnaître la valeur des raisons qu'il donne à l'appui de sa manière de voir.

Je ne me suis jamais trouvé, pour ma part, dans le cas d'amputer un diabétique. Mais je crois que, même avant que de semblables faits aient fourni une expérience spéciale, il est facile de tracer une ligne de conduite. Il s'agit, en effet, de savoir si la crainte que l'on doit avoir du diabète prime celle que vous inspirent à bon droit les accidents qui posent l'indication urgente de l'amputation.

Dans les cas de gangrènes spontanées, la conduite du chirurgien est plus définie encore. Il faut, ainsi que le rappelait M. Larrey, attendre leur délimitation. J'ai relu plusieurs observations de gangrènes diabétiques terminées par la guérison. Rien de moins régulier, de plus capricieux que la marche de la gangrène qui frappe et détruit une

portion de tissu, une plaque de peau, de muqueuse, un ou plusieurs orteils.

Je dirai à M. Demarquay que, si ses observations démontrent qu'il n'a pas rencontré d'anthrax chez les diabétiques, cette maladie n'existe pas moins chez eux, et qu'il est impossible de récuser les faits signalés par de nombreux et habiles observateurs. D'ailleurs, j'admets, comme lui, qu'il y a de grandes variétés, de grandes différences chez les diabétiques. Avoir du sucre dans les urines, constitue une prédisposition fâcheuse, une possibilité pour certains accidents ; mais un grand nombre d'individus vivent en rendant du sucre et n'offrent pas d'accidents spéciaux. Il faut tenir beaucoup plus de compte de la quantité de sucre que de sa présence. Aussi, au point de vue chirurgical, si j'admets que le diabète, comme toutes les maladies générales, aggrave le pronostic des opérations et doive inspirer de la réserve aux chirurgiens, je n'accepterais de contre-indications que dans des cas déterminés, dans ceux, par exemple, où une grande quantité de sucre serait rendue, ou bien dans ceux où l'état général serait mauvais.

M. DEMARQUAY. J'ajouterai à ce que j'ai dit tout à l'heure qu'en présence d'une gangrène spontanée, quelle qu'en soit la cause, l'expectation est pour moi la règle absolue.

Dans le cas de gangrène traumatique, au contraire, je crois devoir amputer. Que l'individu soit diabétique ou non, c'est à l'opération et non plus à la nature que revient le soin de limiter la gangrène.

M. VERNEUIL. Cette discussion nous aura au moins démontré qu'en présence d'une gangrène spontanée, les chirurgiens devront toujours examiner les urines.

Mais il en ressort d'autres enseignements. Ainsi, M. Demarquay aurait-il opéré l'onxyxis dont il nous a parlé, s'il eût appris à l'avance que son malade était diabétique ? J'ai rapporté dans la dernière séance un cas d'amputation terminé par la mort ; je ne me doutais pas que le malade fût diabétique. Si je l'avais soupçonné, je n'aurais pas amputé.

On me dit : c'est la seule chance de salut. Mais il y a bien des cas où le chirurgien refuse une opération possible, parce qu'il en prévoit les mauvais résultats. En l'absence de faits qui me démontrent l'innocuité de l'intervention chirurgicale, je me sens disposé, en présence de ce que je sais de la question, à l'abstention.

Mais il faut aller plus loin, dépasser la question d'indication opératoire ; il faut que la chirurgie entre à fond dans l'étude et dans la juste appréciation des états diathésiques ; il faut savoir leur influence sur le résultat de nos opérations. En ne négligeant aucune des données

que nous fournit à ce sujet la science contemporaine, nous arriverons à pénétrer bien des mystères et à savoir enfin comment et pourquoi meurent nos blessés et nos opérés.

M. TRÉLAT. Je suis de l'avis de M. Verneuil, mais il faut apporter une grande réserve dans l'interprétation. De ce qu'un individu est diabétique, il ne s'ensuit pas qu'il soit incapable de subir une opération nécessaire, ou de supporter un traumatisme. Il y a certainement une foule de diabétiques auxquels on a fait des opérations, et il y a beaucoup de diabètes bénins. Je crois donc que les faits actuellement connus ne permettent pas d'établir que la présence du sucre dans les urines soit toujours une contre-indication formelle à une opération nécessaire, et que par cela seul puissent être expliqués les accidents qui surviendraient.

M. DEMARQUAY. Il ne faudrait cependant pas oublier que la quantité de sucre rendue ne constitue pas un renseignement d'une valeur absolue. Il peut y avoir très-peu de sucre dans l'urine, et des accidents très-graves; le contraire peut être observé. Aussi, en présence d'un diabétique, je m'abstiendrai autant que je pourrai. Je viens de refuser de toucher à un ongle incarné, parce que j'ai trouvé du sucre dans l'urine.

M. LEGUEST. Les avis formulés par nos collègues sont à peu près unanimes. J'ai la satisfaction de constater que je suis avec eux en communauté d'opinions. L'intervention du chirurgien est jugée nécessaire dans les phlegmons, les anthrax, les traumatismes; elle est au contraire inopportune dans les gangrènes spontanées.

Il n'en résulte pas que la question ait marché; nous avons raisonné avec nos connaissances générales, il faut des faits. J'espère qu'ils se produiront, et que l'appel de M. Verneuil ne restera pas inutile.

M. VERNEUIL. La question reste en effet tout entière. Les questions que j'ai posées ont à peine provoqué des faits. Il suffira d'être convaincu que l'on trouvera des diabétiques dans tous les services de chirurgie pour que l'on se mette à l'œuvre. La question que nous examinons n'est évidemment pas faite, et c'est pour cela que je l'ai posée devant la Société de chirurgie, où déjà tant d'autres questions restent depuis longtemps à l'ordre du jour et se complètent par des communications et des discussions successives.

M. LARREY. Il serait à désirer qu'à l'avenir aucune opération ne fût faite sans que les urines du malade aient été préalablement examinées. Je crois cependant que la présence du sucre dans les urines n'entraîne pas toutes les conséquences que l'on suppose, qu'il y a tendance à une exagération évidente. Mais l'exagération tombera d'elle-même le jour où l'on aura scruté avec soin tous les faits.

M. LE PRÉSIDENT prononce la clôture de la discussion, et adresse des remerciements à M. Verneuil.

PRÉSENTATION DE PIÈCE ANATOMIQUE.

Polype fibreux de l'utérus.

M. DESORMEAUX présente un polype de l'utérus qu'il a enlevé sur une malade entrée, le 4^{er} décembre, à l'hôpital Necker.

La malade, âgée de 43 ans, souffrait depuis trois ans de douleurs abdominales, accompagnées parfois de pertes, mais dont elle ne peut préciser le caractère. Il y a deux mois, ces douleurs augmentèrent, et il se présenta à la vulve une tumeur du volume du poing, environ. En examinant la malade on trouvait les grandes lèvres écartées par une tumeur grisâtre, offrant tous les caractères du tissu fibreux gangrené, et qui distendait la vulve, d'où sortait un écoulement ichoreux, horriblement fétide et souvent accompagné de gaz. En introduisant le doigt sur les côtés de la tumeur, on constate qu'elle présente un pédicule gros environ comme l'extrémité des cinq doigts réunis, et entouré de tous côtés par le col utérin. Le pédicule s'insère dans la cavité du col par une base assez large; il présente une consistance plus considérable que la tumeur extérieure.

L'extirpation de la tumeur fut pratiquée le 4 décembre, par M. Desormeaux, au moyen de l'écraseur linéaire dont la chaîne fut portée jusqu'au lieu d'implantation.

Le polype extirpé offre une longueur de 45 centimètres environ. Sa partie inférieure est grisâtre et composée d'un tissu fibreux mortifié et macéré dans le pus sanieux qui le baignait; la partie supérieure est formée de trois ou quatre tumeurs de la grosseur de gros marrons, dans l'intervalle desquelles on en trouve d'autres plus petites, en grand nombre, qui varient du volume d'une noisette à celui d'un noyau de cerise. Toutes ces tumeurs sont plongées dans une masse de tissu utérin.

Cette multitude de corps fibreux dans un seul polype est déjà un fait insolite; mais ce qui rend le cas plus curieux encore, c'est qu'en plusieurs points, dans l'intervalle des tumeurs, on trouve des épanchements sanguins, dont plusieurs, formés de caillots, sont entourés d'une membrane kystique de nouvelle formation, et rappellent l'aspect des foyers apoplectiques enkystés du cerveau, et de ceux qui se forment dans certaines tumeurs encéphaloïdes.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

M. DEMARQUAY présente un *nouveau porte-caustique pour l'urè-*

thre. Le porte-caustique de M. Demarquay a pour but de permettre de reconnaître le point de l'urèthre où l'on opère.

M. DESORMEAUX. Je crois que l'on ne peut avoir de renseignements très-précis sur ce point, qu'avec l'endoscope. C'est du moins la conviction à laquelle je suis arrivé, après avoir plusieurs fois cauterisé l'urèthre.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*;

Le *Montpellier médical*;

— M. Giraldès offre, en hommage à la Société, une note *Sur les tumeurs dermoïdes du crâne*, extraite des comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie.

— M. Marc Sée écrit pour se porter candidat à la place de membre titulaire.

— M. Guérin présente deux exemplaires de la thèse de M. Frarier pour le prix Duval 1867, intitulée : *Étude sur le phlegmon des ligaments larges*.

Réssections sous-périostées.

M. E. Bœckel adresse de Strasbourg la lettre suivante :

Dans l'une des dernières séances de la Société de chirurgie, M. Ollier a fait de nouvelles communications sur les opérations sous-périostées, en insistant principalement sur les avantages de cette méthode appliquée aux réssections du calcanéum.

Comme nous avons, à Strasbourg, une certaine expérience pratique de cette opération, puisqu'on a fait dans nos cliniques huit extirpa-

tions totales du calcanéum, dont deux ont été exécutées cet été avec plein succès, l'une par M. le professeur Rigaud, l'autre par moi-même, sans compter les évidements et les résections partielles, je me permettrai quelques remarques sur les conclusions de l'honorable chirurgien lyonnais.

Je suis d'accord avec lui sur l'excellence de cette résection, qui est en général pratiquée trop rarement, parce que, d'une part, on en craint les difficultés, et que d'autre part on s'imagine que le pied, même guéri, devra être difforme et impropre à la marche; mais je puis lui affirmer que la conservation du périoste n'est pour rien dans ces bons résultats.

Il est vrai que, par une singulière coïncidence, les faits sur lesquels je m'appuie sont encore peu connus; mais je sais que mon honoré maître, M. Rigaud, est en train de publier ses sept observations, et quant à la huitième, qui m'appartient, j'espère être bientôt à même d'en présenter les pièces à la Société de chirurgie.

D'ailleurs, toutes les opérations pratiquées aux cliniques de Strasbourg ont été contrôlées par de nombreux élèves, et plusieurs des sujets de M. Rigaud ont été présentés à notre Société de médecine. J'ajouterai que mon jeune opéré a été vu par M. le docteur Morpain, de Paris, et M. Liouville, interne distingué des hôpitaux.

Les résultats sont donc parfaitement authentiques.

Or, dans nos huit cas, on n'a jamais conservé que des lambeaux de périoste insignifiants et il n'y a pas eu de reproduction osseuse, mais le rétablissement de la forme et des fonctions du pied a été au moins aussi parfait que dans le cas type cité par M. Ollier. En effet, nos malades marchent sans aucun appareil prothétique, et la plante du pied repose sur le sol dans toute sa longueur. Le dernier opéré de M. Rigaud a même un talon saillant, et à la simple inspection, on ne dirait jamais que le calcanéum a été enlevé. Cet os ne s'est pas cependant reproduit et a été remplacé par une simple production fibro-graisseuse, à en juger par la palpation. Chez mon malade, la saillie du talon a disparu, mais elle était naturellement peu prononcée, et j'ai fait constater aux élèves que, deux mois après l'opération, l'enfant, complètement guéri, marchait sans canne, qu'il pouvait se maintenir sur la pointe des pieds, et qu'on sentait alors parfaitement la saillie du tendon d'Achille. Ce tendon m'a paru fixé, d'une part, à la cicatrice plantaire, mais surtout à la facette postérieure de l'astragale. Le périoste n'est donc pas nécessaire pour assurer la fixation du tendon d'Achille.

Est-il capable de reproduire l'os enlevé? Pas davantage, et sans rapporter ici la série d'arguments et de faits invoqués déjà par M. Sé-

dillot dans ses nombreuses publications, je m'en tiendrai au compte rendu de M. Ollier lui-même. (*Gazette des hôpitaux*, 1866, p. 555; procès-verbal de la Société de chirurgie.) Voici comment il s'exprime pour le calcanéum : « Une de ces figures se rapporte à un sujet auquel « j'ai enlevé le calcanéum il y a quatre mois; et vous pouvez voir que la « forme du pied est à peu près normale, bien qu'il n'y ait peut-être « encore que du tissu fibreux ou ostéo-fibreux dans la cavité périoste-tique. » C'est absolument ce que nous avons obtenu sans périoste.

Les ablations sous-périostées du premier métatarsien ont-elles fourni des résultats plus probants pour la reproduction osseuse ? M. Ollier les juge lui-même sous ce rapport : « Après ces six opérations, je n'ai « pas constaté d'abondante reproduction osseuse, à part un cas dans « lequel la gaine périostique contenait déjà des plaques ostéoïdes au « moment de l'opération. » (C'est-à-dire qu'il s'agissait d'une nécrose). « Dans les autres cas, le tissu nouveau est resté presque exclusivement fibreux; il y avait pourtant des masses ostéoïdes ou « osseuses dans l'intérieur. Mais, malgré l'imperfection de la reproduction, la forme de la région est remarquable. »

Quant à la régénération osseuse des têtes articulaires, M. Ollier ne l'affirme nulle part, il en fait même assez bon marché; « que la tête « se reproduise ou ne se reproduise pas, la gaine périostique sert « d'intermédiaire entre le tendon et l'os, et permet la transmission de « l'action musculaire. » (*Loc. cit.*, p. 556.)

Ce n'est donc pas en vue de reproduire des têtes osseuses, mais pour conserver des attaches musculaires, que M. Ollier ménage le périoste dans ces cas.

Il serait du reste assez surprenant que cette membrane pût contribuer à régénérer une tête ou une trochlée humérale, car ces extrémités osseuses sont entourées de cartilage et non de périoste.

Je pourrais montrer un cas de résection de l'épaule (*Thèses de Strasbourg*, 1865, n° 850) et un de la hanche (*Gazette des hôpitaux*, 1866, p. 69) où les mouvements et même la forme des articulations enlevées sont revenus d'une façon très-satisfaisante quoique le périoste n'ait pas été ménagé.

Pour le coude, les observations de ce genre pullulent dans les recueils scientifiques.

Partirons-nous de là pour rejeter les résections sous-périostées ? Nullement; nous reconnaissons volontiers qu'elles constituent un progrès. Mais il ne faut leur demander que ce qu'elles peuvent donner. Elles nous permettent de ménager les parties, bien mieux que ne le faisaient les méthodes anciennes, comme M. Trélat l'a relevé avec beaucoup de justesse. C'est là leur véritable, mais aussi leur

seul avantage. Du reste, le principe était établi depuis longtemps pour la résection du coude. Erichsen avait montré qu'en rasant exactement les os, il était inutile d'isoler le nerf cubital pour le ménager, et dès 1861, nous avons appliqué son procédé. (Traduction du *Traité des résections* de O. Heyfelder. J. B. Baillière, 1863, p. 181 et 183.) M. Ollier et Langenbeck ont eu le grand mérite de généraliser ces principes, mais en recherchant surtout un autre but, la régénération osseuse.

Malheureusement la fameuse maxime : « donnez-moi du périoste et je ferai de l'os, » qui a fait le tour de tous les journaux politiques au grand étonnement des gens du monde, n'est vraie qu'en théorie. Mais dans la pratique sur l'homme malade, les manchons de périoste détachés des os sous-jacents ne produisent que des stalactites osseuses tout à fait insuffisantes et souvent fugaces.

M. Sédillot a démontré surabondamment que les observations contraires reposaient sur des erreurs ou avaient trait à des nécroses, et les derniers faits relatés par M. Ollier viennent à l'appui de notre manière de voir.

La régénération osseuse, si désirable du reste, ne peut donc pas être obtenue par la méthode sous-périostée, qui arrache violemment et sans préparation aucune le périoste de l'os sous-jacent en détruisant ses propriétés ostéogéniques. Par contre, dans les cas de nécrose, quand cette membrane est soumise à une irritation lente et continue, elle prolifère, s'épaissit, et les couches nouvelles, déposées au contact de l'os malade, s'ossifient à leur tour. Quand alors au bout de quelques mois on les perce pour retirer le séquestre, la cavité osseuse occupée par ce dernier se comble, et la pièce du squelette se trouve régénérée.

Eh bien, l'art peut imiter ce procédé de la nature ; c'est au moyen de la méthode d'évidement de M. Sédillot. Après ces opérations le périoste reste intact, supporté par une coque osseuse plus ou moins amincie, et le malade se trouve dans les conditions favorables d'une nécrose après l'extraction du séquestre. La régénération de l'os s'obtient alors facilement et pour ainsi dire à tous les âges. J'ai présenté à la Société de médecine de Strasbourg (*Gazette médicale de Strasbourg*, 1864, p. 191, et *Médecine contemporaine*, 1865, p. 4), un vieillard de soixante-sept ans, auquel j'avais évidé la tête du tibia en y creusant une large cavité de 0^m,06 de diamètre. La perte de substance s'est comblée dans l'espace de deux mois, et aujourd'hui encore, on peut voir cet homme scier du bois dans les cours de notre hôpital.

A un pareil âge et dans cette région, la résection sous-périostée

eût été tout à fait impossible. Je n'entends du reste tirer aucun parallèle entre les deux méthodes. Pour le chirurgien qui réfléchit et qui ne s'engage pas des nouveautés, elles ne sont nullement en opposition, et je dois rendre cette justice à M. Ollier, que tout en défendant, avec une ardeur bien naturelle, quoique un peu exagérée selon nous, les avantages des résections sous-périostées, il ne repousse pas d'une façon systématique l'évidement.

Pour nous, les indications de ces deux méthodes se réduisent à cette proposition fort simple : toutes les fois que la lésion permettra l'évidement, il faudra préférer cette opération comme étant moins grave et promettant d'une façon certaine la régénération osseuse; quand, au contraire, l'état du mal commande de sacrifier un os ou une partie d'os en totalité, on s'adressera à la résection sous-périostée, mais en renonçant d'avance à toute régénération un peu importante, sous peine de mécompte.

A l'appui de cette dernière partie de ma proposition, je devrais encore publier ici une observation de résection sous-périostée du tibia, que j'ai pratiquée sur une jeune fille dans un cas de nécrose. Malgré la réunion de ces circonstances favorables, malgré les soins les plus assidus, l'opération s'est terminée, contre mon attente, par une pseudarthrose incurable. Mais j'ai déjà dépassé les bornes d'une simple communication, et je renvoie cette publication à une prochaine occasion.

M. LE FORT. Les sociétés savantes étrangères ont, à plusieurs reprises, nommé des commissions pour étudier des questions importantes et controversées. Je crois que la Société de chirurgie ferait une chose utile en chargeant quelques-uns de ses membres d'étudier les questions cliniques relatives aux fonctions du périoste.

M. LARREY. Je ne crois pas que la lettre de M. Bœckel doive être insérée au *Bulletin*, sans discussion; elle me paraît, au contraire, avoir trop d'importance et d'actualité pour ne pas fixer l'attention de la Société de chirurgie. Elle fait d'ailleurs allusion directement aux opinions de M. Sédillot, partagées par MM. Bœckel et Rigaud, sur l'insuffisance du périoste dans bien des cas pour la reproduction osseuse. Cette lettre, en un mot, permet de reconnaître que la méthode de l'évidement est préférable à celle des résections sous-périostées. Les précédentes communications de M. Sédillot tendent à le démontrer, comme l'ont démontré, d'autre part, les expériences de **M. Marmy**, médecin principal de l'hôpital militaire de Lyon.

Je ne doute pas, ajoute M. Larrey, que M. Sédillot, avec lequel je suis depuis quelque temps en correspondance sur ce sujet, ne fasse part à la Société des nouveaux résultats de ses observations pratiques.

Quant à la proposition de charger une commission de la Société d'examiner et de contrôler les faits, je crois préférable de les admettre et de les discuter, à mesure qu'ils se produiront, comme par le passé. Il suffira de laisser à la haute autorité de l'Académie des sciences le soin de juger les travaux qui lui sont adressés sur le sujet difficile mis par elle au concours.

M. DEMARQUAY. A mon avis, l'on a beaucoup exagéré les services que la chirurgie est en droit d'attendre du périoste. Lorsque l'on détache d'un os sain des lambeaux de périoste, il n'est pas encore prouvé que l'on obtienne de résultat. Lorsque l'os est malade, au contraire, les exemples de régénération ne sont ni rares ni nouveaux. Par le fait de l'état morbide de la diaphyse, un travail particulier s'établit dans sa gaine fibreuse, ses propriétés physiologiques sont vivement mises en jeu. Dans l'évidement que préconise M. Sédillot, je me suis demandé si les reproductions obtenues n'étaient pas dues au travail suscité dans la portion d'os conservée, sous l'influence du traumatisme ; travail morbide en définitive, mettant en jeu les fonctions régénératrices du périoste et amenant peut-être la nécrose de l'os. Il serait intéressant de savoir ce que devient la lamelle osseuse, conservée dans les belles opérations de M. Sédillot.

J'ai enlevé le tiers d'un fémur malade, un maxillaire inférieur également malade, j'ai obtenu la régénération en conservant le périoste. Mais je n'ai pas vu l'os se reproduire lorsque l'on a compté sur un périoste sain non préparé en quelque sorte. Il y a d'ailleurs nécessité pour la chirurgie d'élucider ces questions, et je verrais avec plaisir nommer une commission.

M. PERRIN. Avant d'appuyer ou de rejeter la proposition qui nous est faite, il faudrait essayer de définir le mandat de la commission du périoste. Que fera-t-elle ? Des expériences ? mais elles sont faites. Des observations cliniques ? il faut pour cela compter avec les occasions, les malades ne se présentent pas à volonté. Il se pourrait donc que tel membre de cette commission restât longtemps sans pouvoir apporter un contingent à ses travaux. Il me paraît plus simple de mettre la question à l'ordre du jour, chacun de nous, ici comme en province, adressera les résultats de ses observations.

M. LEFORT. On a fait des expériences, cela est vrai, mais les expériences individuelles n'auront jamais la valeur de celles qui seraient entreprises et suivies par une commission. Si nous mettons à l'ordre du jour de nos discussions la question de la régénération des os par le périoste, nous aurons des observations, cela est probable ; mais on nous rappellera des faits connus ou on nous donnera des ré-

sultats cliniques avec lesquels nous ne pourrions rien juger. Ainsi, lorsque j'ai étudié les résections en Angleterre, j'ai vu une articulation du coude complètement reproduite après une résection étendue. On n'avait cependant pas songé à conserver le périoste. Aujourd'hui un fait semblable, obtenu à l'aide des procédés sous-périostés, serait considéré comme ayant une très-grande valeur. Ce qui empêche de pouvoir compter sur la valeur des faits cliniques, c'est que nous ne savons jamais dans quel état était le périoste. Toute la question est là.

M. VELPEAU. Je ne crois pas le moment opportun pour saisir une commission d'une semblable étude. Il y a des prix proposés, des travaux déjà faits qui devront être jugés. Vous connaissez tous ce qu'ont entrepris à ce sujet MM. Sédillot, Ollier, Marmy, Langenbeck et quelques autres.

Le périoste reproduit de l'os, cela est expérimentalement prouvé, mais il est aussi démontré que ce n'est que dans le jeune âge qu'il est permis de compter sur cette reproduction. Mais le périoste est-il la seule partie de l'os qui soit apte à reproduire la substance osseuse ? Et surtout au point de vue de la clinique, quelles sont les conditions qui favorisent ou assurent cette reproduction ? Voilà les questions à l'étude. Sans doute, il ne sera pas sans intérêt de rechercher dans quelle mesure on peut les résoudre, mais je crois qu'il vaut mieux, quant à présent, laisser toute initiative à ceux qui se sont voués à cette étude.

M. PERRIN. Au point de vue physiologique, la question est épuisée. A l'égard de la clinique, il y a une équivoque. Je vois des faits de reproduction osseuse bien connus, sur lesquels on ne discute plus depuis longtemps, j'en vois d'autres essentiellement différents et que l'on voudrait cependant mettre en parallèle avec ceux-là. On a parlé, par exemple, d'ostéoplastie ; il est tout d'abord des cas où, bon gré, mal gré, il faut bien conserver le périoste ; ainsi, dans l'ouranoplastie. Il en est d'autres où d'ordinaire on ne met pas l'os à nu, et pour lesquels on conseille aujourd'hui de le décortiquer, au profit du lambeau reproducteur. On ne peut rapprocher ces faits de ceux auxquels je faisais allusion tout à l'heure. Je n'ai pas vu, pour ma part, de démonstration suffisante pour me permettre de croire que l'ostéoplastie et la chirurgie sous-périostée existent autrement encore qu'à l'état de nom.

M. TRÉLAT. En ce qui a trait à la nomination d'une commission, je partage l'opinion de MM. Perrin et Velpeau. Mais je saisis l'occasion de dire que la question posée par l'Institut me paraît de nature à fausser les recherches. Il ne peut, en effet, s'agir de conserver, grâce au périoste, des membres que sans lui l'amputation emporte-

rait. Non, telle n'est pas la question; il s'agit de savoir ce que des opérations telles que certaines autoplasties, telles que les résections d'une façon générale, gagnent, comme sécurité et comme résultats, quand on les pratique à l'abri du périoste. Je crois l'opinion de la Société de chirurgie déjà faite à cet égard, et je pense qu'en contrôlant des faits ou en en produisant de nouveaux, une commission n'apporterait pas d'éléments plus solides de conviction.

M. VERNEUIL. Je ne pense pas non plus qu'une commission soit nécessaire. Ou nous voulons la vérité sur le périoste, ou nous ne la voulons pas. Si, comme je le pense, chacun est désireux de s'éclairer et d'éclairer les autres, nous trouverons, au jour le jour, dans notre pratique les faits nécessaires pour amener des convictions. L'enquête est en définitive ouverte devant la Société sur ce sujet comme sur plusieurs autres. Quant à des expériences nouvelles, on doit, quand on connaît les travaux si consciencieux de M. Ollier, en sentir l'inutilité.

La question a été, en effet, posée par l'Institut de la façon la moins appropriée, mais elle n'a heureusement pas égaré les véritables chirurgiens.

RAPPORT.

Fracture de cuisse. — Emphysème traumatique.

M. L. LABBÉ fait un rapport verbal sur une observation de fracture de cuisse compliquée d'emphysème traumatique, envoyée par M. le docteur Ladureau.

M. le rapporteur propose d'adresser des remerciements à l'auteur, et de déposer son travail aux archives. Ces conclusions sont adoptées après la discussion suivante.

M. VELPEAU. L'absence de gangrène me porterait à attribuer aux mouvements l'introduction de l'air qui aurait été toute mécanique. J'ai observé ce fait un bien grand nombre de fois, et je suis disposé à croire que si l'on avait mieux cherché, on aurait dès le début constaté l'emphysème.

M. L. LABBÉ. L'observation a été dès le début prise avec le plus grand soin; ce n'est que le quatrième jour que l'emphysème a été découvert. L'auteur discute et rejette l'hypothèse d'une introduction mécanique de l'air. Il croit à une production spontanée de l'emphysème.

M. DEMARQUAY. L'analyse chimique des gaz peut apprendre si l'on a affaire à de l'air atmosphérique ou à un emphysème spontané. J'admets l'introduction mécanique de l'air et la production spontanée de gaz à la suite de gangrène, mais j'ai aussi observé des emphysèmes

dehors de ces conditions par le seul fait de l'ébranlement profond système nerveux. Dans ces conditions ce sont les gaz du sang qui xhalent et pénètrent dans le tissu cellulaire.

M. PERRIN. Je suis peu disposé à admettre la pénétration mécanique de l'air dans les fractures compliquées. Physiquement on l'explique mal, cliniquement, la gravité de cette complication cadre peu avec l'innocuité reconnue des injections d'air atmosphérique dans tissu cellulaire.

Quant à l'exhalation des gaz du sang, je ne l'admets pas davantage. Les gaz sont dans le liquide sanguin à l'état de combinaisons ou de nitrites tel, que l'on est encore à la recherche d'un procédé qui permette de les séparer pour l'analyse. Les gaz qui se produisent en si grande abondance sont les produits de la décomposition des tissus.

COMMUNICATION.

M. L. LABBÉ lit, au nom de M. le docteur Marc Sée, candidat au titre de membre titulaire, un travail intitulé : *De l'imbibition et de son rôle en pathologie.*

Commissaires : MM. L. Labbé, Lefort et Tarnier.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

Appareil pour la crampe des écrivains.

M. DESORMEAUX présente un instrument destiné à combattre la crampe des écrivains.

L'inventeur de cet instrument est M. Année, employé dans une administration, qui a éprouvé quelques atteintes de la *crampe* et l'a souvent observée sur ses collègues. Il a observé que la maladie a son siège principal dans le pouce, et que, dans les cas même où les autres doigts ou la main entière sont pris par la convulsion, l'attaque commence encore par un spasme souvent douloureux du pouce. Il attribue ce spasme à ce que dans l'action d'écrire, le pouce chargé de maintenir la plume contre les autres doigts, et forcé de la presser, agit en cédant, agit dans des conditions défavorables et contraires à son mode d'action naturelle. Cette théorie de la *crampe des écrivains* a conduit M. Année à construire un instrument d'après des principes différents de ceux qu'on a suivis en général. Les moyens ordinairement conseillés en pareil cas sont : 1° l'emploi d'un gros porte-plume d'un instrument qui éloigne le pouce des doigts, et quelquefois le

fixe en même temps pour l'empêcher de fléchir; 2° l'usage de porte-plume fixé à un manche volumineux qu'on saisit à pleine main, de sorte que le rôle habituel des doigts dans l'écriture est complètement supprimé. Le gros porte-plume n'est efficace qu'au début du mal. Les instruments qui fixent le pouce et les doigts n'empêchent pas la crampe de se produire, tout au plus s'opposent-ils à ce que la plume soit lâchée, mais le plus souvent le spasme se porte alors sur le poignet ou l'avant-bras. Quant aux manches volumineux, ils peuvent servir quand on écrit peu, mais ils ne pourraient convenir à des employés qui écrivent la plus grande partie de la journée; il en est de même des différents chariots et des poids attachés au poignet pour le fixer. M. Année a pensé qu'on éviterait la *crampe* en supprimant l'action du pouce, dont le seul usage est de maintenir la plume contre les autres doigts. Pour cela il adapte la plume dans une position convenable sur une plaque métallique qui se fixe au moyen de quatre bagues à l'index et au médus. De la sorte, le pouce reste inactif et se pose sur le papier ou sur les derniers doigts pendant que les deux premiers exécutent seuls les mouvements nécessaires pour écrire. L'appareil de M. Année a l'avantage d'être très-léger et fort peu coûteux. M. Desormaux s'est assuré que des employés, qui avaient renoncé aux autres appareils, pouvaient écrire avec celui-là pendant plusieurs heures de suite et aussi vite qu'ils voulaient sans éprouver le moindre spasme.

M. LARREY. L'appareil que vient de nous présenter M. Desormaux pour la crampe des écrivains m'en rappelle un du même genre imaginé il y a une vingtaine d'années par M. Cazenave (de Bordeaux), qui avait cherché vainement jusqu'alors des moyens applicables à la guérison de cette infirmité.

Les exemples cependant ne manquent pas à l'observation. et les causes assez difficiles à reconnaître produisent des effets variables, selon les muscles de la main affectés de contraction spasmodique. Il suffit quelquefois d'une émotion morale, le trouble, l'inquiétude, ou d'une excitation quelconque, celle du café ou d'une liqueur alcoolique, par exemple, pour provoquer un tremblement convulsif des doigts et la crampe des écrivains.

Nous connaissons tous un habile et infortuné chirurgien, qui dans les derniers temps de sa pratique tenait encore le bistouri d'une main ferme et adroite, tandis qu'il ne pouvait tenir une plume sans trembler sensiblement.

J'ai vu un peintre de talent manier la brosse ou le pinceau avec finesse et légèreté, ne pouvoir écrire qu'avec une grande pesanteur de la main, et en éprouvant une crampe insupportable dans les doigts.

e sais même un savant qui écrit tous les jours beaucoup et assez rapidement lorsqu'il se trouve seul, et dont la main tremble dès qu'il se sert d'une plume sous les yeux de quelqu'un.

On pourrait citer sans doute bien des faits du même genre, et il serait intéressant de les étudier en recherchant les moyens de prévenir une telle infirmité, ou de la guérir radicalement, plutôt que de lui appliquer seulement l'action palliative des appareils mécaniques.

M. DEMARQUAY. La crampe des écrivains est très-commune. J'ai figuré dans l'article Avant-bras du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, les appareils imaginés pour remédier à cette infirmité. J'ai soigné plusieurs malades et j'ai vu les contractions se reproduire dans tous les cas. Le seul moyen efficace, c'est le repos absolu. Un de mes malades a pu recommencer à écrire après deux années de repos, mais encore ne peut-il longuement écrire. Il y a d'ailleurs une grande variété de formes : tantôt ce sont les extenseurs, tantôt les fléchisseurs qui sont malades. Il y a aussi diverses espèces de crampes, la plus grave est celle des pianistes.

M. TRÉLAT. L'appareil présenté par M. Desormeaux pourra rendre des services à quelques malades. Rien de plus variable dans ses manifestations que la crampe dite des écrivains. Si le malade de M. Desormeaux se trouve bien de sa suppression du pouce, l'autres ont besoin d'artifices différents. J'ai réussi une fois en faisant construire un support pour caler le pouce. En un mot, je crois que le siège étant variable les appareils doivent être appropriés à chaque espèce.

M. DESPRÉS. L'instrument de M. Desormeaux ne réalise ni perfectionnement ni progrès réel. L'appareil de M. Cazenave, celui de M. Velpeau suppriment aussi le pouce. Cette question a d'ailleurs été fort bien étudiée par M. Duchenne (de Boulogne).

Dans l'appareil de M. Velpeau il y a une poire qui supporte une lige à laquelle sont joints deux anneaux qui ont le même effet que les quatre anneaux de l'appareil qui nous est présenté, et le pouce n'est pas actif quand les malades se servent de l'un ou l'autre appareil.

Un des appareils de M. Cazenave (de Bordeaux) supprime aussi l'action du pouce. Il est mû par un mouvement de totalité de la main, et l'écriture est obtenue au moyen d'une plume qui est attachée à l'appareil.

Appareil pour la coxalgie.

M. VERNEUIL présente au nom de M. Guillo, fabricant d'instruments de chirurgie, une gouttière à coxalgie applicable aux cas où l'on veut obtenir graduellement le redressement du membre dévié, et à ceux dans lesquels le redressement brusque n'a pu rectifier du premier coup l'attitude vicieuse.



Cette gouttière dont la forme est celle de la gouttière de Bonnet en diffère cependant par l'indépendance et la mobilité des pièces constituantes.

Sur la pièce pelvienne vient s'ajuster chacune des pièces crurales, qui peuvent être portées dans une position très-variée : adduction, abduction, flexions.

Chaque pièce crurale est également mobile au niveau de l'articulation du genou.

Il en résulte que, quelle que soit la déviation du membre au niveau de la hanche et du genou, on peut toujours y adapter la gouttière, grâce aux brisures dont celle-ci est munie. Une fois placé le membre peut être ramené progressivement à la rectitude.

L'articulation des pièces crurales avec la pièce pelvienne se fait par un mécanisme qui rappelle celui de la jointure coxo-fémorale : l'immobilisation de ces pièces est assurée par une vis à collier qu'on trouve déjà dans un appareil présenté autrefois à la Société par notre collègue, M. Lefort.

Cet appareil est appelé à rendre des services dans des cas particuliers, où ni la gouttière fixe de Bonnet, ni les appareils inamovibles ordinaires ne sont facilement applicables.

La séance est levée à 5 heures trois quarts.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 19 DÉCEMBRE 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— MM. Broca et Blot, sur l'invitation de M. le président, donnent à la Société des nouvelles de M. Follin.

La santé de notre collègue a donné de vives inquiétudes pendant quelques jours, mais il est actuellement hors de tout danger, et son établissement est rapide.

— M. le président prie MM. Broca et Blot d'être, auprès de M. Folin, les interprètes de la Société.

CORRESPONDANCE.

— M. le docteur Kops (de Bruxelles) adresse à la Société un mémoire imprimé, *sur la régénération osseuse*.

— M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, présente une modification qu'il a fait subir à la curette articulée pour l'extraction du cristallin, présentée à la séance de l'Académie du 27 novembre dernier.

Cette modification consiste à rendre mobile l'extrémité de l'instrument et à agir à l'instar de la curette articulée : une fois le cristallin franchi en arrière, l'extrémité mobile de l'anneau se replie sur lui-même et vient s'appuyer contre le cristallin de façon à l'entraîner au-dehors alors que l'opérateur retire l'instrument.

— M. Verneuil présente les deux premiers volumes des *Relevés de l'hôpital Saint-Barthélemy*, de Londres.

— M. Larrey présente, au nom de M. le docteur Didot, une brochure intitulée : *La guerre contemporaine et le service de santé des armées*.

— M. le docteur Leroy d'Étiolles fait hommage à la Société, de la troisième et dernière partie de son *Traité pratique de la gravelle et des calculs urinaires*.

— M. Leroy d'Étiolles écrit pour se porter candidat à la place de membre titulaire.

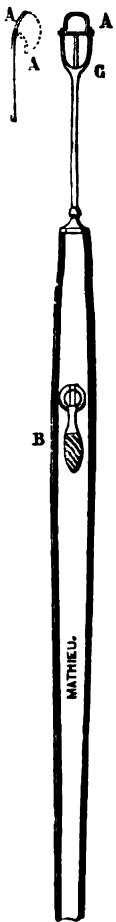
— M. le docteur Cazenave (de Bordeaux) adresse une observation de taille suivie de succès. (Renvoyée à la commission chargée d'examiner les travaux de M. Cazenave.)

Évidement des os.

M. SÉDILLOT, membre correspondant, adresse à M. le président la lettre suivante :

Monsieur le président,

J'ai l'honneur de vous adresser quelques dessins polychromiques lithographiés, représentant diverses modifications des os évidés, perforés, dénudés ou réséqués.



Notre savant collègue, M. Demarquay, a demandé dans la discussion soulevée par l'importante communication de M. le professeur Bœckel (séance du 5 décembre 1866) ce que devenait la lamelle ou coque osseuse sous-périostée, conservée dans l'évidement?

La clinique et les expériences sur les animaux me paraissent répondre très-clairement à cette question.

Dans les nombreuses observations d'évidements suivis de succès, qui ont été publiées, les lamelles osseuses ne se sont pas nécrosées, et leurs deux surfaces, l'une extérieure sous-périostée, l'autre intérieure et traumatique (surface d'évidement), se sont couvertes de dépôts osseux nouveaux avec lesquels elles se sont promptement confondues.

La tendance générale de la chirurgie doit être de ramener tous les phénomènes pathologiques aux mêmes lois, et l'intérêt du problème signalé par M. Demarquay ne m'avait pas échappé.

Dans la première édition de mon traité de l'évidement j'avais représenté un fémur dont la lame sous-périostée conservée (7, fig. 4^{re}) se trouvait comprise entre deux couches osseuses de nouvelle formation destinées à s'y réunir et à s'y confondre.

Dans la deuxième édition du même ouvrage, qui paraîtra le mois prochain, j'ai consacré deux figures polychromiques aux détails de ce travail de réorganisation osseuse très-facile à suivre et à comprendre, grâce aux belles préparations au carmin de M. le professeur Morel et aux dessins microscopiques convenablement grossis de M. le professeur Villemin.

On voit une lamelle osseuse *c, c* (fig. 3), couverte de deux nouvelles couches osseuses, l'une sous-périostée *a, a*, l'autre intérieure *b, b*.

L'ancien os *c, c*, en voie de nécrobiose graisseuse, est largement envahi par les ramifications des canaux vasculaires qui tendent à réunir et à confondre les trois lames osseuses.

La prolifération osseuse sous-périostée très-active et très-abondante montre les heureux résultats de la conservation des adhérences normales du périoste à l'os subjacent et le nouvel os *b, b*, formé dans le canal médullaire, ne laisse aucun doute sur la coopération de la lame osseuse évidée à la régénération ultérieure de l'os. (Ce travail de régénération osseuse datait de trente jours.)

Troja avait déjà observé, comme je l'ai rappelé à plusieurs reprises, que toute irritation produite à l'intérieur d'un os déterminait, sans qu'il y eût nécessairement nécrose, une hyperplasie corrélative du périoste, avec formation d'une nouvelle couche osseuse périphérique ou sous-périostée, dans un temps très-court (sept jours).

Tel est le fait général; et il explique très-clairement le mécanisme de la régénération des os à la suite de l'évidement.

Si l'une des parties de la coque osseuse évidée était frappée de nécrose, supposition très-admissible de M. Demarquay, quoique nous ne l'ayons pas encore vérifiée, le nouvel os sera produit par le périoste comme dans tous les cas de ce genre qui sont reconnus depuis longtemps les plus favorables de la reproduction des os.

Le séquestre devenu mobile est alors enlevé, et le nouvel os solidifié assure la guérison, comme les exemples s'en rencontrent chaque jour.

Resterait enfin la possibilité de voir l'os évidé s'enflammer, se ramollir et suppurer. Ce danger est peu probable. L'os conservé est sain; la plaie simple; l'écoulement du pus facile. Rien n'empêche le chirurgien de porter sur les surfaces traumatiques des substances modificatrices variées, ou de recourir au drainage et aux injections. Comment l'os serait-il atteint de carie dans de pareilles conditions? Nous croyons cette complication peu à craindre à moins de diathèses syphilitique ou scrofuleuse qui contre-indiqueraient l'opération, ou de fautes dans le pansement faciles à éviter.

Plusieurs de nos distingués et savants collègues de la Société de chirurgie ont proposé de charger une commission de répéter les expériences relatives à la régénération des os. Mais ces expériences sont innombrables, et il suffit de les étudier. M. Broca a déclaré (séance du 3 avril 1863), que depuis Duhamel et Troja, les expériences n'avaient rien produit de nouveau, à l'exception de l'ossification reconnue par M. Ollier des lambeaux de périoste complètement détachés et transportés sous les téguments d'une autre région. L'opinion de M. Broca nous semble trop absolue. Les expériences de Heine, de MM. Flourens, Ollier, Marmy, les miennes et celles de tant d'autres confrères, que nous pourrions citer, n'ont pas été sans avantage pour l'élucidation de cette importante question, aujourd'hui, croyons-nous, bien étudiée et résolue.

Dire que les faits cliniques ne conduiront à aucun enseignement nous semble une assertion peu soutenable, que nous nous expliquons seulement par l'entraînement d'une rapide improvisation. La clinique est le seul et dernier juge de la valeur pratique des méthodes et des procédés de notre art.

Sans doute on affirme chaque jour des résultats faux, incomplets, mal vus, mal interprétés et mal compris; mais peu à peu la vérité se dégage de l'erreur et finit par triompher.

L'étude des régénérations osseuses en fournit la preuve. L'ostéoplastie périostique par déplacement des lambeaux, si prônée un moment par les grands journaux, qui en imposaient les merveilles à

l'ignorance de leurs lecteurs est tombée dans le discrédit le plus profond et ne rencontre plus que des incrédules.

Les résections sous-périostées, ressuscitées par Heine, après les courtes espérances inspirées par les travaux de Duhamel conservent à peine quelques rares partisans et à l'exception des cas de nécrose où elles rentrent dans l'extraction prématurée des séquestres, habituellement contre-indiquée, on peut les déclarer illogiques, inefficaces et dangereuses. Illogiques, en ce qu'elles enlèvent des os sains ou déjà régénérés, dans le vain espoir de les reproduire de nouveau. Inefficaces, parce que les os reproduits, quand ils le sont exceptionnellement, ne sont pas créés par le périoste conservé. Dangereuses en raison des accidents qu'elles provoquent et de la perte des membres ou de leurs usages qui en est la conséquence quand les malades ne succombent pas.

M. le docteur Marmy, de Lyon, dans son beau travail sur le rôle du périoste dans la régénération des os (tome XXVII des *Mémoires de l'Académie impériale de médecine*, Paris, 1866), a prouvé que les reproductions osseuses se faisaient presque aussi bien dans les cas où le périoste avait été enlevé que dans ceux où il avait été conservé, et que le seul mérite des résections sous-périostées de Heine et de M. le professeur Larghi de Verceil consistait à ramener les chirurgiens au précepte déjà ancien rappelé par Malgaigne et par moi-même (*Médecine opératoire*, 1^{re} édition, Paris 1834) de ménager autant que possible le périoste, pour obtenir des plaies plus régulières, des traumatismes moins graves et des cicatrices plus solides et plus fibreuses, ou même parfois parsemées d'ostéophytes.

Cette indication fondamentale a été justement revendiquée par M. Trélat, pour les résections du coude, où l'on n'a plus à se préoccuper d'éviter le nerf cubital, par J. E. Erichsen (*The science and art of Surgery*. London, 1864), par Langenbeck, et admirablement appliquée par MM. Rigaud et Bœckel à l'ablation du calcanéum. Nous avons vu ce dernier chirurgien pratiquer cette opération sans répandre, pour ainsi dire, une goutte de sang.

Les nerfs, les vaisseaux, les tendons restaient presque partout invisibles, et la plaie était réduite à des surfaces unies, continues, fibreuses, sans traces de ces nombreuses anfractuosités dans lesquelles la rétention des liquides provoque des inflammations toxiques diffuses, toujours si redoutables et si graves.

Tel sera l'utile résultat des résections dites sous-périostées. Elles auront généralisé une méthode de résection excellente, où la régénération des os ne jouera qu'un rôle très-secondaire, et ne sera ni attendue ni espérée.

C'est ce que M. le professeur Desgranges, de Lyon, a si nettement exprimé en disant des résections sous-périostées : *beaucoup de mal pour rien.*

Quant aux reproductions osseuses observées de tout temps, on va les expliquer comme le cal, comme la consolidation des pseudarthroses, d'une tout autre manière que par les lambeaux détachés du périoste.

Dans les fractures comminutives avec esquilles et perte de substances ; dans le procédé de Bruninghausen de conservation d'une tige périostée au delà de l'extrémité de l'os amputé ; dans la dissection des gaines périostées autour des os que l'on résèque, soit dans les pseudarthroses, soit dans les ostéites et les caries, tous ces lambeaux de périoste suppurent et ne produisent pas de tissu osseux. Le nouvel os, quand il s'en forme, prend ailleurs son origine et nait du périoste resté intact et adhérent, tel que nous le conservons dans l'os vivant.

Nous avons représenté ce mode de régénération osseuse dans une de nos figures polychromiques lithographiées. (Voy. fig. 2.) Nous avons perforé la paroi tibiale d'un chien après avoir eu le soin de dénuder le périoste au pourtour de la plaie, dans une étendue de dix centimètres. Un mois plus tard, une lamelle de cet os trempée dans le carmin nous permettait de voir la perforation en partie comblée par une ossification nouvelle, née 1° des surfaces médullaires *b, h*, 2° des parois traumatiques de l'ancien os, *a, a*, et 3° du périoste conservé sain et adhérent, d'où partait une couche osseuse superficielle *g, g, g*, recouvrant l'os dénudé, et se continuant dans la tige perforée sans interruption.

Il était évidemment une prolifération osseuse par continuité. Supposez qu'on eût détaché et laissé en place un lambeau périosté, et on n'aurait pas hésité à y rapporter la régénération du nouvel os, quoiqu'il lui restât complètement étranger.

Dans cette figure, n° 2, on voit quelques espaces non encore ossifiés remplis de graisse, *ff* ; l'os de nouvelle formation, *g, h, c, d* ; et les canaux de Havers *b, b, c, c*, très-apparents dans l'ancien et dans le nouvel os, et tendant à les réunir en une masse unique.

Les figures 4, 5, 6, laissent encore moins de doute à ce sujet. Nous avons pratiqué une résection longitudinale de la tête et de la moitié inférieure de la diaphyse humérale, enlevant le périoste avec l'os réséqué et ne gardant que la languette de cette membrane restée adhérente à la lamelle conservée de l'humérus. Par suite de l'obliquité du trait de scie et d'un état typhique du chien opéré, le segment de l'humérus laissé dans la plaie se nécrosa. Cependant à la mort de

l'animal, nous trouvâmes tout l'humérus en voie de régénération.

La tête humérale *a, a, a*, fig. 4, 5, 6, s'était reformée par moulage de la matière osseuse contre l'excavation de la cavité glénoïde. Le col et la grosse tubérosité *g*, fig. 6, offraient des rudiments fort distincts. (Voy. ma communication à l'Académie des sciences sur *l'influence des causes mécaniques sur la forme et le développement des os*. 16 janvier 1865.)

Toute la paroi postérieure de l'humérus, *c, d*, fig. 4, 5, 6, était régénérée par le périoste laissé adhérent à la lamelle osseuse ultérieurement nécrosée, ce qui confirme les enseignements si connus de la nécrose; mais ce qui est expérimentalement nouveau et curieux, c'est que la paroi antérieure de l'os qui avait été sacrifiée, sans conservation du périoste, était également en voie de reproduction. Après une suppuration prolongée autour du séquestre *b, b*, fig. 4 et 6, le tissu fibreux reformé avait été envahi par la prolifération osseuse partie du périoste sain, et on en pouvait suivre les progrès autour du séquestre, qu'un anneau complet de matière osseuse commençait à envelopper *H, H*, fig. 4 et 6. Avec le temps et après l'extraction du séquestre, l'humérus se serait complètement reconstitué; et c'est ainsi que s'expliquent les belles expériences de M. Marmy, de Lyon, dans lesquelles les résections, sans conservation du périoste, ont donné des os tout aussi parfaits que celles où cette membrane, avait été très-soigneusement conservée.

Aucun doute n'est donc possible. Les résultats si merveilleux des résections sous-périostées, tels qu'ils ont été annoncés et admirés, sont une pure illusion, et il est profondément regrettable qu'il ait fallu tant de temps, tant d'épreuves, tant de malades compromis dans leurs membres et dans leur vie, pour ouvrir les yeux à la lumière, faire cesser des erreurs et des déceptions inimaginables et revenir aux grands enseignements de la pathologie, étudiée depuis des siècles par les génies les plus sagaces, et dont la marche lente et progressive repousse et condamne les découvertes sans antécédents et sans tradition, dont les succès sont d'autant plus prodigieux qu'ils sont moins vrais.

Veuillez agréer, monsieur le président, l'assurance de la haute considération de votre très-dévoué collègue,

SÉDILLOT.

Strasbourg, 17 décembre 1866.

De la résorption purulente et des moyens de l'éviter spécialement dans les amputations.

M. L. LABBÉ. Messieurs, dans la précédente séance vous entendiez ici la lecture d'un mémoire composé par M. le docteur Marc Sée, tendant à prouver, une fois de plus, les bons résultats obtenus dans le pansement des plaies, par l'emploi de l'alcool. S'opposer par tous les moyens possibles aux funestes conséquences que peuvent entraîner à leur suite les suppurations plus ou moins étendues, tel est en effet, aujourd'hui, l'un des problèmes vers la solution desquels se tournent, de tous côtés, les efforts des chirurgiens.

M. Labat, chirurgien adjoint des hôpitaux de Bordeaux, frappé, comme nous tous, de la mortalité effrayante qui, dans les hôpitaux surtout, succède aux amputations, a voulu, lui aussi, apporter sa pierre à l'édifice. Dans un mémoire fort intéressant, où l'on trouve à chaque instant la preuve de la plus profonde conviction, notre confrère préconise une nouvelle médication, selon lui héroïque, contre la résorption purulente.

Deux parties composent ce mémoire. Dans la première partie, M. Labat expose les idées théoriques qui l'ont conduit à mettre en usage la nouvelle médication qu'il recommande. Dans la seconde, il relate en détail 42 amputations, dont 40 pratiquées par lui et 2 par M. le docteur Sentex, chef interne de l'hôpital Saint-André. En outre, depuis l'envoi de son mémoire à la Société, M. Labat m'a fait parvenir de nouvelles observations.

Ce n'est sans doute pas sans intention, messieurs, qu'en tête de son mémoire, M. Labat a placé le mot de résorption purulente, car, notre confrère adopte sans hésiter la résorption du pus en nature, le mélange direct du pus avec le sang, l'entrée directe du pus dans les veines qui sont sectionnées. Je ne puis ici, messieurs, m'attacher en ce moment à cette partie du travail de M. Labat, et tout en faisant certaines réserves sur la théorie exclusive adoptée par notre confrère, je poursuis l'exposé de ses idées. Il remarque, avec tous les chirurgiens, que la résorption purulente ne se montre pas habituellement dans les premiers jours qui ont suivi une amputation, mais le plus souvent vers le huitième ou dixième jour, c'est-à-dire après la période de gonflement inflammatoire, pendant laquelle les sécrétions plastiques qui ont eu lieu autour des orifices veineux ont pu amener leur oblitération. A cette période de dégorgeement, de fonte des produits plastiques, de production du pus, jusque dans les points les plus profonds de la plaie, les orifices veineux se trouveraient de nouveau placés

dans les conditions les plus capables de favoriser la résorption. Trouver un moyen capable de s'opposer à cette rétrocession de l'organisation des produits plastiques sécrétés pendant les premiers jours, voilà vers quel but tendaient les efforts de notre confrère. Réfléchissant à cette singulière maladie qui résulte de l'usage immodéré du seigle ergoté comme aliment, M. Labat pensa que si cette gangrène était si sèche, cela ne tenait pas seulement à ce que les artères seules sont malades, car la gangrène, à la suite de la ligature du tronc principal d'un membre, est loin de ressembler à celle qui succède à l'usage du seigle ergoté. Il en inféra que l'ergot devait contenir quelque principe capable d'augmenter la plasticité. L'ergotine, contenant à peu près tous les éléments de l'ergot, fut mise en expérimentation d'abord à des doses considérables, mais bientôt notre confrère s'aperçut que l'estomac ne tolérât pas plus de 5 à 6 grammes. Par l'emploi de ce moyen, il enraya certains accidents qui paraissaient tenir à un commencement de résorption purulente.

Un peu plus tard, ayant pratiqué deux amputations qu'il ne put suivre dans les premiers jours après l'opération, il employa, mais sans succès, l'ergotine, alors que les phénomènes de résorption étaient évidents; il en conclut que le médicament avait été donné à une période trop avancée et résolut, dès ce moment, de l'administrer dès le premier jour de l'opération.

M. Labat nous a communiqué quatorze faits, qui se décomposent de la manière suivante : neuf amputations de cuisse. Dans sept cas, il s'agissait de lésions chroniques (tumeurs blanches, tumeurs à myéloplaxes du tibia, nécrose des os, etc.); dans un cas, de suppuration du genou ayant succédé à l'ouverture, dans la synoviale, d'un abcès sous-cutané; dans un dernier cas enfin, de suppuration de l'articulation, suite d'une plaie pénétrante. Deux amputations de jambe : l'une pratiquée dans un cas de tumeur blanche, l'autre faite à la suite d'un traumatisme ayant déterminé l'issue des fragments dans une fracture de jambe. Une désarticulation de l'épaule; le malade avait eu le bras et l'avant-bras broyés par un wagon. Une résection de l'humérus, pour remédier à une fracture ancienne non consolidée. Enfin, une résection de la moitié de l'os maxillaire inférieur, dans un cas de cancer de cet os.

Dans ces quatorze faits, l'opération a été suivie de guérison. L'ergotine a été donnée à la dose de 2 à 3 grammes, depuis les premiers, deuxième ou troisième jours en moyenne, jusqu'à environ l'époque de la chute des ligatures. M. Labat pense qu'il faut attribuer à l'emploi de ce médicament les heureux résultats par lui obtenus.

Notre confrère, chez les blessés qu'il a soumis à l'usage de l'ergo-

ine, a observé les phénomènes suivants : les trois premiers jours, fièvre de réaction comme à l'ordinaire; gonflement très-minime, presque nul du moignon; écoulement de sérosité presque complètement tari après le premier jour; production du pus considérablement diminuée, et par suite, réunion très-rapide et complète de la plaie dans tous les points mis et maintenus en contact. Chez quatre malades, l'emploi de l'ergotine a été suivi d'une insomnie opiniâtre; c'est le seul inconvénient qui ait été observé.

Ces résultats, dit M. Labat, ont été obtenus dans un hôpital où la résorption purulente est fréquente et où la mortalité, à la suite des amputations, est de 50 p. 100. (Statistique de M. Dupuy, ancien chirurgien en chef de l'hôpital Saint-André.)

Il est à souhaiter, messieurs, que notre honorable confrère ne se fasse pas illusion sur l'efficacité de la médication qu'il nous indique; mais sans vouloir diminuer en rien l'intérêt de sa communication, et tout en étant disposé à expérimenter nous-même et à vous engager vous à expérimenter le nouveau moyen indiqué par M. Labat, il me paraît indispensable de rechercher rapidement si un ensemble de circonstances heureuses n'a pas contribué largement à faire obtenir à M. Labat d'aussi beaux résultats.

Nous sommes d'abord obligés d'invoker l'existence possible d'une de ces séries heureuses, que rencontrent quelquefois les chirurgiens placés dans les plus mauvaises conditions; et pour répondre à cette objection, sur laquelle je ne veux pas trop insister, une nouvelle et ombreuse série de faits, s'ils sont favorables, aura une grande valeur.

Nous devons remarquer aussi que dans les quatorze faits d'opération qui sont relatés par M. Labat, deux fois seulement on a dû pratiquer l'amputation immédiate, à la suite d'un traumatisme violent; dans presque tous les autres cas, il s'agissait de lésions anciennes (tumeurs blanches, nécroses, etc.), et nous savons tous, qu'alors les malades sont dans des conditions relativement beaucoup plus favorables et que la proportion des guérisons est toujours plus considérable.

Enfin, dans les amputations de cuisse, qui sont au nombre de neuf, M. Labat, en même temps qu'il donnait de l'ergotine à ses malades, avait recouru à l'emploi de plusieurs autres moyens susceptibles de favoriser l'heureuse issue de ses opérations. Ainsi il plaçait un drain dans la plaie pour faciliter l'écoulement du pus; il faisait un pansement simple arrosé d'alcool camphré. Or, vous savez tous combien ce dernier moyen peut donner de bons résultats.

Aussi, messieurs, sans vouloir nier le rôle favorable que l'ergotine

peut jouer pour s'opposer à la résorption purulente, vos commissaires sont, jusqu'à nouvel ordre, obligés de se tenir dans la plus grande réserve, et nul doute que vous tous ne soyez d'avis qu'une conclusion hâtive serait hors de propos.

Je le répète, en présence d'accidents devant lesquels nous sommes souvent presque complètement désarmés, nous ne devons pas rejeter sans examen un moyen nouveau qui nous est offert par un chirurgien instruit et des plus estimables. Essayons de voir, et si les résultats que nous obtenons sont conformes à ceux que nous annonce M. Labat, nous viendrons tous ici apporter le tribut de nos observations personnelles. Enfin encourageons M. Labat à poursuivre ses expériences et à nous communiquer le fruit de ses nouvelles recherches.

Messieurs, M. Labat occupe à Bordeaux un rang distingué dans le corps chirurgical. Déjà M. Després, rapporteur d'un travail présenté par notre confrère, vous a proposé de placer son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant. Je renouvelle cette proposition, et je vous demande en outre d'adresser des remerciements à M. Labat, et de renvoyer son travail au Comité de publication.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées après la discussion suivante :

M. VELPEAU. Les remarques présentées par M. le rapporteur au sujet des séries heureuses en chirurgie, sont très-fondées. Nous en avons tous observé, et c'est pour cela qu'il faut se garder de conclure trop hâtivement quand on expérimente de nouveaux moyens. Souvent, rien ne peut rendre compte des changements que l'on observe dans les résultats des opérations ou dans la guérison des traumatismes. Voici, par exemple, ce qui s'est passé dans mon service : Il y a deux ans, après trois ou quatre années mauvaises, pendant lesquelles avaient sévi l'érysipèle et l'infection purulente, j'eus le bonheur de voir enfin cesser ce fâcheux état de choses. On n'avait cependant rien amélioré dans l'état matériel de nos salles, au contraire. Les travaux en cours d'exécution à l'hôpital de la Charité avaient obligé à encombrer nos services d'une manière inusitée, et cet état de choses dure encore. Cependant je n'ai eu depuis deux ans que deux séries d'érysipèles qui ont été peu longues, et pendant lesquelles la maladie a été bénigne. Ainsi dans la dernière, que j'observe depuis quinze jours, j'ai eu cinq cas d'érysipèles; un des malades a succombé, mais il était criblé de tumeurs ganglionnaires et dans un état de cachexie avancée. J'ai été quinze mois sans avoir d'infection purulente; je n'en ai observé qu'une seule petite série. Aussi je n'ai perdu qu'un amputé de cuisse sur cinq, et un seul de mes amputés de la jambe. J'ai déjà fait remarquer qu'aucune amélioration n'avait été introduite

dans l'hygiène générale ; j'ajouterai que rien de nouveau n'a été non plus institué comme traitement. Il est à peine nécessaire d'ajouter que si j'avais eu recours à quelque moyen particulier, on aurait pu supposer que ces changements heureux étaient dus à son influence. Je dirai, du reste, que je suis peu disposé à croire aux vertus de l'ergotine.

M. TRÉLAT. Puisqu'il est question des résultats obtenus dans les services de chirurgie de nos hôpitaux, je profiterai de l'occasion pour exprimer des regrets sans doute partagés. Une statistique générale nous est promise par l'administration depuis tantôt six années. Il est vraiment à désirer que nous cessions d'attendre en vain ces documents importants.

M. LEFORT. Pourquoi M. Labat a-t-il préféré l'ergotine à l'ergot de seigle ? Celui-ci est beaucoup plus actif et aurait seul l'action spéciale qui peut provoquer la gangrène, mode d'agir sur lequel paraît s'appuyer la théorie de M. Labat.

M. L. LABBÉ répond en donnant lecture d'une partie du travail de M. Labat.

M. LARREY. Je me joindrai à notre éminent collègue, M. Velpeau, pour dire que nous ne devons pas nous hâter, en chirurgie, d'attribuer des avantages exceptionnels à de nouvelles méthodes thérapeutiques. En effet, à part la question souvent discutée des séries heureuses ou malheureuses, des influences de tout genre peuvent modifier les plus grands succès, sinon les compromettre. De toutes ces influences, la plus redoutable, assurément, est l'influence épidémique, déjouant les soins les plus habiles et les précautions les plus rationnelles. C'est ce que nous savons tous, par exemple, pour l'*érysipèle épidémique*, question grave et complexe sur laquelle j'ai eu dernièrement à faire un rapport à l'Académie. L'un des mémoires récompensés relatait l'histoire d'une épidémie d'*érysipèle* observée à Bordeaux et spécialement à l'hôpital Saint-André, dont la construction, toute moderne et en apparence satisfaisante, ne saurait garantir l'état sanitaire.

M. LABBÉ. M. Labat invoque la statistique dressée par M. Dupuy, qui donne 50 pour 400 de mortalité pour les amputations. Je n'ai pas relevé, dans mon rapport, un argument que M. Labat peut aussi invoquer à l'appui de sa thèse. Tandis que, dans son service, les amputés faisant usage de l'ergotine guérissaient, dans un service voisin où les moyens ordinaires étaient seuls employés, quatre opérés succombaient.

M. MARJOLIN. Je ne voudrais pas que ce que M. Larrey vient de dire à propos de la construction de l'hôpital Saint-André de Bor-

deux pût faire croire que c'est un bon type d'hôpital. Les pavillons isolés qui le composent sont beaucoup trop rapprochés.

M. LARREY. Je n'ai voulu parler que de l'aspect extérieur de l'hôpital.

M. PANAS. L'action de l'ergotine et de l'ergot de seigle sont fort différentes. Dans l'ergotine se rencontrent les principes de l'ergot, moins l'huile essentielle; aussi ne saurait-on obtenir de coagulation du sang avec l'ergotine. Cette préparation a pour but ou pour prétention de posséder les propriétés médicamenteuses de l'ergot, sans en avoir les qualités vénéneuses; mais son efficacité est peu démontrée. Aussi faudrait-il accorder la préférence à l'ergot, si l'on voulait obtenir un effet hémostatique.

M. BLOT. Je ne crois pas, en effet, que l'on puisse toujours impunément substituer l'ergotine à l'ergot. Je ne l'oserais pas, pour ma part, dans un cas grave; je suis sûr de l'action de la poudre de seigle ergoté, je n'en voudrais pas dire autant de l'ergotine.

M. DEPAUL. Je ne saurais trop approuver M. Blot de sa méfiance à l'égard de l'ergotine. J'ai expérimenté cette préparation à la clinique sur la demande de M. Boudet, et je n'ai eu aucun résultat. On n'aurait donc que des mécomptes si l'on employait l'ergotine au lieu de l'ergot. Je l'ai déjà dit, mais je ne crois pas inutile de le répéter en présence d'affirmations contraires qui n'en ont pas moins été persistantes.

De l'imbibition et de son rôle en pathologie.

M. L. LABBÉ. Messieurs, vous nous avez chargés de vous faire un rapport sur un travail intitulé : *De l'imbibition et de son rôle en pathologie*, qui vous a été présenté par M. Marc Sée, chirurgien des hôpitaux, à l'appui de sa candidature à une place de membre titulaire de la Société de chirurgie. J'ai accepté d'autant plus volontiers d'être l'organe de votre commission, que les idées exprimées par M. Sée me semblent parfaitement plausibles.

Le travail de M. Sée se divise en deux parties : une partie théorique et une partie pratique.

La partie théorique, exposée très-laconiquement par M. Sée, qui se propose de lui donner plus de développements dans la suite, peut être résumée dans les propositions suivantes :

1° Les lois de la physique, en particulier celles de la capillarité et de l'imbibition, s'appliquent aux organismes vivants comme aux corps inorganiques, témoin les infiltrations de sang et d'urine, qui ne sont douteuses pour personne.

2° Le pus, à part sa consistance différente, ne se comporte pas

trement que le sang et l'urine. Déposé à la surface d'une plaie ou posé au sein d'un organe, il aura, comme ces liquides, de la tendance à s'infiltrer dans les tissus voisins.

3° L'infiltration du pus sera d'autant plus facile, que les tissus sont une texture plus lâche. Nulle ou extrêmement lente à se produire, quand le pus se trouve en face d'une membrane dense et crée, comme les aponévroses, elle a lieu avec une déplorable rapidité quand il rencontre du tissu cellulaire à larges mailles, et surtout une cavité telle que celle des séreuses.

4° Le pus, en effet, a la propriété d'enflammer et de faire suppurer toutes les parties qu'il imprègne.

5° Cette propriété, qui appartient à toute espèce de pus, quelle que soit sa nature, est surtout développée à un haut degré dans le pus éré, qui a subi, au contact de l'air atmosphérique, un commencement de décomposition, ou qui s'est chargé de l'un de ces agents morbifiques qui peuvent s'y rencontrer : témoin les accidents formidables qu'on voit éclater quelquefois à la suite de l'ouverture d'un abcès par congestion.

6° Les liquides normaux de l'économie, tels que le sang, la sérosité, la synovie, inoffensifs par eux-mêmes, deviennent, en s'infiltrant dans les tissus, la cause d'inflammations violentes quand ils se sont éréés sous l'influence de l'oxygène de l'air. C'est à ces liquides éréés, et non à l'action directe de l'air, qu'il faut attribuer les inflammations qui succèdent à l'ouverture d'une séreuse, d'un abcès, d'une fracture, d'un abcès par congestion.

7° Les lèvres d'une plaie récente s'infiltrant du produit liquide (empyème plastique) que l'inflammation verse à leur surface, et cette infiltration est suivie, partout où elle s'opère, de l'inflammation des tissus envahis par le suc inflammatoire, comme l'appelle M. Sée, par analogie avec le suc cancéreux qui, en s'infiltrant au pourtour d'une tumeur cancéreuse, y provoque la dégénérescence cancéreuse.

En pénétrant dans le système lymphatique, ce même suc produit l'œdème et la lymphangite. Altéré d'une manière spéciale par certains principes contenus dans l'atmosphère, il donnerait lieu à l'érysipèle. Les conséquences thérapeutiques que M. Sée tire de ces principes sont extrêmement importantes. « Si, dit-il, ce sont des liquides altérés ou non (sang décomposé, pus, suc inflammatoire, etc.) qui, en s'infiltrant dans les tissus ou les cavités, sont la cause productive des complications inflammatoires, c'est à empêcher cette infiltration qu'il faut s'appliquer de toutes ses forces, et tous les moyens de traitement qui ne tendent pas à ce résultat sont inutiles ou nuisibles. »

Or, on peut atteindre le but proposé : 1° en enlevant les liquides épanchés au fur et à mesure qu'ils se produisent : c'est ainsi qu'agissent les irrigations continues.

Mais ce lavage est rarement parfait.

2° En soustrayant la plaie au contact de l'air, en vue de prévenir la décomposition des liquides, en d'autres termes, en pratiquant l'occlusion.

Une foule de circonstances peuvent la faire échouer.

3° En rendant les liquides sécrétés parfaitement inoffensifs, à l'aide de modifications chimiques qu'on leur fait subir. Toutes les substances qui coagulent l'albumine peuvent servir à cet usage. Mais la plupart de ces agents (acides minéraux, sels métalliques, etc.) forment avec l'albumine des composés qui ne peuvent être repris par l'absorption, et frappent de mort les éléments des tissus avec lesquels ils se trouvent en contact. L'alcool seul est exempt de ces inconvénients. On ne saurait donc trop le recommander dans toutes les circonstances où une violente inflammation est à redouter.

Voici comment recommande de l'employer M. Sée : La plaie ou la cavité suppurante est d'abord largement lavée à l'eau alcoolisée, puis arrosée dans toute son étendue d'alcool pur; enfin de la charpie imbibée d'alcool, recouverte de taffetas gommé pour ralentir l'évaporation, est placée sur la partie malade, et, fréquemment dans la journée, le tout est de nouveau imprégné d'alcool.

Ce mode de pansement a donné à M. Sée les résultats les plus heureux dans le service chirurgical de l'hôpital Cochin, où depuis plus de quatre mois il remplace M. Follin. Parmi les cas nombreux dont il donne l'énumération, nous ne saurions passer sous silence ceux de fracture compliquée de plaie, de plaies pénétrantes des articulations, de collections sanguines ouvertes à l'extérieur, de plaies profondes des parties molles, de plaies de tête, toutes terminées heureusement sans le moindre accident.

M. Sée est fort éloigné de s'attribuer l'invention de la méthode de traitement des plaies par l'alcool, mais il croit en avoir le premier donné la véritable théorie, et en avoir étendu l'application, en précisant toutes les circonstances dans lesquelles cette méthode peut avoir de grands avantages. Il espère que les principes qu'il a exposés, principes fondés surtout sur les notions physiologiques, seront acceptés par les chirurgiens et serviront de base dans le traitement général des plaies. Ces espérances me paraissent légitimes, et tout en rappelant les efforts tentés dans cette voie par M. le docteur Chedevergne, je crois devoir ajouter que M. Marc Sée me paraît avoir donné une théorie plus satisfaisante et plus complète, et je propose à votre

ception, au nom de votre commission, les conclusions suivantes :

- 1° Remercier M. Sée de son intéressante communication ;
- 2° Recommander son travail au Comité de publication ;
- 3° Inscrire M. Sée sur la liste des candidats au titre de membre ulaire de la Société de chirurgie.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées après la discussion suivante :

M. LARREY. Les pansements à l'alcool ont été bien anciennement employés et définitivement abandonnés. Il est permis de se demander les chirurgiens arriveront aujourd'hui à en retirer des effets qui semblent pas avoir été obtenus autrefois.

M. VELPEAU. Il semble qu'avant de chercher la raison de l'efficacité des pansements à l'alcool, il serait nécessaire de démontrer que leur efficacité est réelle. Je les ai, pour ma part, beaucoup employés depuis trois ou quatre ans : les plaies ont été tantôt bien, tantôt mal. En somme, je n'ai pas vu qu'avec ce moyen on obtint mieux qu'avec ceux dont on fait habituellement usage.

M. L. LABBÉ. L'auteur donne le résultat de sa pratique, il est fort encourageant. Il est utile de remarquer que bien des précautions peut-être négligées par d'autres, sont par lui érigées en précepte. Ainsi, M. Sée proscriit les éponges, l'alcool est toujours versé sur les plaies avec une compresse propre. Une éponge peut, en effet, devenir un réceptacle d'éléments morbides dans un service de chirurgie. Les pansements sont renouvelés plusieurs fois par jour, et l'évaporation empêchée par un taffetas gommé.

Je dois à la vérité de déclarer que j'ai vu mourir d'infection purulente des individus soumis au pansement à l'alcool. Mais les modifications locales sont évidentes, personne ne saurait les nier. M. Sée s'est étudiées au point de vue de la physiologie pathologique, il en a tiré des conclusions pratiques, mais il n'a pas la prétention de croire à l'innocuité des traumatismes placés dans les conditions qu'il résume.

M. VELPEAU. Malgré les explications du rapporteur, je crois encore qu'il ne faut pas se hâter de conclure.

M. LARREY. Je serais, comme M. Velpeau, très-disposé à reconnaître l'intérêt et le mérite du travail de M. Sée, mais fort enclin à réserver toute conclusion. J'ai dit que l'emploi de l'alcool était fort ancien, les précautions indiquées ne le sont pas moins : elles sont si en entrées dans la pratique générale, qu'il est presque inutile d'y insister.

M. DESPRÉS. Puisqu'il est question de la valeur du pansement des plaies par un topique spécifique, du traitement des blessés par

des médications internes spécifiques, qu'il me soit permis de m'élever, en passant, contre cette habitude où l'on est de dire : je guéris tous mes blessés en leur faisant prendre ceci ou cela, en pansant leurs plaies avec telle ou telle substance. Ce langage est peu chirurgical. Une plaie est rarement semblable à une autre : l'une n'intéresse que la peau et les muscles, par exemple ; l'autre est une plaie communiquant avec le foyer d'une fracture comminutive. Un blessé peut avoir été frappé au moment où il était en bonne santé, comme il peut avoir été atteint en un instant où il était ivre ou malade. Il n'y a pas de spécifique également efficace dans tous ces cas. Il y a des plaies simples qui guérissent avec tous les pansements pourvu qu'ils soient humides, mais il est d'autres plaies où l'on réussit et où l'on échoue avec tout, suivant des conditions variables toujours étrangères au médicament dit spécifique.

M. L. LABBÉ. M. Sée n'est pas venu dire : j'ai pansé avec l'alcool et j'ai guéri. Il a surtout, et c'est là la partie bien originale de son travail, montré, à l'aide d'une étude physiologique rigoureuse, comment pouvaient être expliqués les résultats obtenus dans sa pratique. Son procédé est au moins scientifique, et les moyens minutieux sur lesquels il appelle l'attention acquièrent de l'importance parce qu'ils cadrent bien avec une théorie rationnelle.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Trépanation du crâne pratiquée avec succès dans un cas de fracture avec enfoncement.

M. BROCA présente le malade qui a subi cette opération et remet son observation rédigée par M. Jolly (Jacques), interne des hôpitaux.

Jacques D..., quatorze ans, fumiste, est entré, le 15 septembre 1866, salle Saint-Christophe, n° 44.

Le malade a reçu sur la tête une planche tombée d'un troisième étage. Au moment de son entrée, il est dans la résolution la plus complète.

A travers une plaie du cuir chevelu, située à la région fronto-pariétale gauche, on voit sortir un morceau de substance cérébrale de la grosseur d'une petite noisette, parfaitement reconnaissable, et formée des substances blanche et grise. Le doigt, introduit dans la plaie, pénètre à une profondeur d'environ 2 centimètres, on sent le cerveau à nu.

Il y a en outre une fracture de l'extrémité inférieure du radius, avec un déplacement qui paraît avoir son siège dans l'articulation du poignet et qui se réduit spontanément pendant qu'on l'examine.

Le 16, à la visite, le coma est un peu dissipé; le malade entend et voit, bien que difficilement et lentement.

La moitié droite du corps est complètement paralysée du mouvement et de la sensibilité.

Il existe de la contraction dans la moitié gauche de la face et quelques mouvements convulsifs dans cette partie du corps. L'enfant porte et s'agrippe la main gauche à la tête.

Pressée de glace en permanence sur la tête.

Les jours suivants, il n'y a aucun symptôme d'inflammation cérébrale. L'hémiplégie droite se dissipe peu à peu et finit par disparaître presque complètement. Mais le 26 septembre, en même temps que se naît un abcès sous la plaie refermée, la paralysie reparait, limitée au mouvement et accompagnée d'hyperesthésie de toute cette moitié du corps. La contracture du côté gauche de la face persiste depuis l'accident, sans changement.

Après l'ouverture de l'abcès, les mouvements reviennent un peu dans le bras et la jambe; mais ce côté reste beaucoup plus faible que l'autre; et vers le milieu d'octobre, en essayant les forces du petit malade au dynamomètre, on constate que, tandis qu'il fait 45 kilogr. avec la main gauche, c'est à grand'peine s'il parvient à en faire 3 de la main droite.

En présence de cette hémiplégie persistante, sans aucune amélioration, M. Broca pose à cette époque la question du trépan, pour retirer les fragments osseux, qui, par l'action qu'ils exercent sur le cerveau, sont bien probablement la cause de cette paralysie.

Vers le 20 octobre, le malade est pris tout à coup d'une douleur dans la jambe droite, assez violente pour lui arracher un cri aigu, et accompagnée de quelques mouvements convulsifs du membre. L'attaque fut de courte durée et ne reparut plus que le 29 octobre.

Ce jour-là l'enfant fut pris, à deux heures et à huit heures du matin, de véritables attaques d'épilepsie, cri initial, convulsions cloniques, écume à la bouche, perte de connaissance à la suite, pleurs quand il revient à lui.

Le 30 octobre, nouvelle attaque dans la journée, ayant duré à peu près vingt minutes. Les deux jambes sont prises de convulsions, qui commencent cependant débuté par la droite. Le malade a eu en outre trois éternuements de nez. L'opération du trépan est décidée pour le lendemain.

Le 31, pas de nouvelle attaque.

Opération. — Le malade est anesthésié par le chloroforme. Une incision cruciale découvre le foyer de la fracture. La substance cérébrale fait une hernie du volume d'une grosse noisette. Elle est tout à

fait à nu; la dure-mère a disparu à ce niveau et s'arrête à la base de l'encéphalocèle. Sur le bord de la plaie le plus rapproché de la ligne médiane on sent plutôt qu'on ne voit, à travers une dépression du périoste, un fragment d'os qui pénètre sous la voûte crânienne, et dont on ne peut toucher qu'une très-faible partie. Il s'est d'ailleurs glissé entre l'os et la dure-mère, qu'il a décollée, et se trouve fixé dans cette position d'une manière très-solide.

M. Broca applique alors sur cette partie de la voûte osseuse une couronne de trépan, dont les deux tiers seulement portent sur l'os sain, et il met à nu une esquille très-large, qu'il a beaucoup de peine à enlever avec l'élévatoire.

Cette esquille a environ 3 cent. de long sur 4 cent. $4/2$ de large. Au-dessous d'elle on sent une dépression bien évidente du cerveau.

Après l'opération, le jeune garçon a toute sa connaissance, et répond d'une manière très-précise aux questions qui lui sont faites, mais la contracture de la moitié gauche de la face, qui avait presque complètement disparu, et ne se traduisait plus que par de légers mouvements convulsifs revenant à de rares intervalles, reparait permanente et aussi intense que les premiers jours.

On panse la plaie avec de la charpie trempée dans l'eau fraîche, et fixée avec quelques tours de bande; par-dessus, eau glacée en permanence.

Le soir, l'état général est bon, l'intelligence très-nette. — Appétit.

Le 4^{er} novembre, dans la nuit, nouvelle attaque épileptique, qui a duré huit minutes. L'état général est excellent, à peine de fièvre. — Appétit.

Le 2, ganglions douloureux sous l'oreille droite. Du reste, pas de nouvelle attaque. Le pouls est plein, un peu accéléré; aucun symptôme du côté du cerveau.

Le 3, empâtement douloureux de tout le cuir chevelu, du cou et des ganglions cervicaux des deux côtés. Pas de symptômes généraux, de frisson ni de vomissements. Peu de fièvre.

Six sangsues derrière chaque oreille.

Le 5, l'érysipèle a à peu près complètement disparu, il ne reste qu'un léger engorgement ganglionnaire et un peu de douleur à la région pariétale droite. Mais la plaie sécrète un pus séreux jaune ocré qui exhale une odeur fétide.

Le 7, la hernie de la substance cérébrale faisant des progrès notables, M. Broca se décide à exercer une compression assez énergique qui n'amène aucun accident, et sous l'influence de laquelle la hernie diminue peu à peu et finit par disparaître complètement.

Le 23, le malade marche en traînant la jambe droite; la force est

venue dans le membre supérieur, et au dynamomètre l'enfant fait 15 kilogr. de la main droite et 45 seulement de la gauche.

Le 29, réapparition d'un érysipèle qui se traduit par un frisson, de la fièvre intense et une tuméfaction douloureuse des ganglions parotidiens du côté droit et de tout le cuir chevelu. La veille on avait, mais non pour la première fois, cautérisé avec le nitrate d'argent les bourgeons charnus.

Le 30 novembre, un peu moins de fièvre; mêmes douleurs dans la tête; ganglions engorgés des deux côtés.

Six sangsues derrière chaque oreille.

L'érysipèle disparaît deux jours après. A partir de ce moment, la cicatrisation a marché avec une très-grande rapidité.

Aujourd'hui, 15 décembre, l'enfant peut être considéré comme complètement guéri. La plaie est presque entièrement fermée. Le côté droit a retrouvé toute sa force. La jambe droite est aussi solide que la gauche.

Seuls, la dépression qui existe au niveau de la plaie et les battements du cerveau qui soulèvent la cicatrice trahissent à l'œil l'opération subie par notre petit malade et la grande perte de substance osseuse qu'il a faite.

M. LEGUEST. Notre collègue a obtenu un très-beau succès dont je le félicite.

En France, depuis Desault, l'on ne trépane plus guère que pour extraire les corps étrangers; c'est à cette indication qu'a si bien obéi J. Broca.

Jusqu'à ces derniers temps, cette question semblait jugée, même par les gros chiffres.

En Crimée, en effet, l'armée française avait perdu 73,7 p. 100 de ses blessés atteints de fractures du crâne. Les chirurgiens les avaient traités par les moyens médicaux, et n'avaient que rarement eu recours au trépan. L'armée anglaise, où régnaient encore les idées défendues par Pott, avait perdu 100 p. 100 de ces mêmes blessés, les chirurgiens avaient largement usé du trépan.

Les résultats fournis par la guerre d'Amérique sont en contradiction avec les résultats précédents.

Le traitement médical a donné seulement 20 p. 100 de guérisons, le traitement chirurgical 75 p. 100 sur un total de 144 cas.

D'aussi nombreuses observations sont de nature à ébranler un peu nos convictions. Les faits américains démontrent la nécessité d'étudier encore une question qui paraissait définitivement jugée.

M. DEGUISE. Dans son intéressante communication, M. Broca nous a, entre autres particularités, rappelé que son opéré avait

eu, à la suite de l'opération du trépan, une volumineuse hernie du cerveau dont on ne voit plus trace aujourd'hui. J'ai deux fois observé cet accident et deux fois les malades ont succombé en offrant des phénomènes curieux que je vais brièvement rappeler.

Le premier était âgé de vingt-deux ans, un coup de pied de cheval avait occasionné une fracture du crâne avec enfoncement; il y avait des accidents de compression, je trépanai. Une énorme hernie ne tarda pas à se produire; la substance cérébrale que l'on voyait à nu était noirâtre, mais sans odeur. On pouvait y toucher sans provoquer de douleur; croyant y sentir de la fluctuation, il m'arriva même d'enfoncer profondément le bistouri sans que le malade en ait eu conscience. La tumeur égalait presque le volume du poing; j'avais essayé, mais fort inutilement, de la comprimer. Elle finit par prendre un si mauvais aspect, que je me décidai à en pratiquer l'abrasion complète. Le malade était déjà dans un état très-fâcheux, il succomba vingt-huit heures après l'opération.

A l'autopsie, je ne fus pas médiocrement étonné de trouver le cerveau revenu sur lui-même, présentant une excavation assez profonde pour loger la partie abrasée.

Le second malade était âgé de douze ans, une hernie se forma aussi après l'opération, elle était peu volumineuse, mais je fus encore conduit à la réséquer. Je ne fis qu'une abrasion partielle, néanmoins, à l'autopsie, les mêmes particularités de retrait de la masse cérébrale et d'excavation, proportionnée à la perte de substance, furent observées.

Sur la proposition de quelques membres de la Société, M. le président met à l'ordre du jour de la prochaine séance la question du trépan.

Fracture probable de l'axis.

M. BROCA montre un second malade chez lequel il a cru devoir soupçonner une fracture de l'axis.

Ce malade a eu la tête fortement et violemment renversée en arrière dans une chute. Il n'a jamais présenté de symptômes résultant de la compression de la moelle. Mais en arrière sur les parties latérales de l'axis l'on a pu constater deux points douloureux, et en avant, par le toucher pharyngien, une saillie médiane inégale, qui existe encore aujourd'hui, mais qui déjà est moins inégale.

Sans poser un diagnostic absolu, dit M. Broca, j'ai cru devoir me comporter comme si j'avais affaire à une fracture de l'axis.

Un collier en gutta percha, précédemment moulé sur un autre malade auquel il avait déjà servi, fut appliqué à celui-ci, et put, grâce à quelques lamelles de ouate, parfaitement s'adapter. Le collier est

ailleurs fendu en arrière et peut se rétrécir à l'aide de lacets. Le malade fut immédiatement soulagé par cet appareil, il l'a porté pendant plus de deux mois. Les mouvements de rotation de la tête sont très longtemps difficiles, ils sont encore très-limités.

NOMINATION DE COMMISSION.

M. LE PRÉSIDENT invite la Société à nommer une commission pour examiner les titres des candidats à la place de membre titulaire actuellement vacante.

Cette commission se compose de MM. Le Fort, Tillaux et Trélat. La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 26 DÉCEMBRE 1866.

Présidence de **M. GIRALDÈS.**

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine ;

Le *Bulletin des travaux de la Société impériale de médecine de Marseille.*

— **M. VERNEUIL** dépose sur le bureau de la Société un mémoire imprimé de M. Bertholle sur *les corps étrangers dans les voies urinaires* ; une autre brochure par M. Dubrueil : *De l'amputation tra-delhoïdienne.*

— **M. LE FORT** présente, de la part de M. Lejeal, une observation de plaie de tête compliquée de fracture du crâne. (Renvoyé à M. Le Fort, commissaire.)

M. LARREY fait hommage à la Société des ouvrages suivants : *Traité des luxations congénitales du fémur*, par Pravaz. Vol. 4^e avec planches.

Anatomie et chirurgie des hernies inguinale et fémorale, par Mathie. In-4^e, en anglais, avec planches.

Mémoire sur l'enseignement de la médecine et de la chirurgie en France, par Léveillé. In-4^e.

Rapport sur le concours du grand prix de chirurgie à l'Institut, par Double.

*De la paralysie de l'iris, etc., par Hemly.
Et quelques thèses de chirurgie.*

Fractures du crâne. Trépanation.

— **M. LARREY** donne lecture, de la part de **M. le docteur A. Tassard**, médecin-major, de la note suivante :

En 1855, pendant le siège de Sébastopol, à l'ambulance de la première division, où j'étais alors aide-major, j'ai aidé, à deux reprises différentes, **M. le docteur Gueury**, aujourd'hui médecin principal en Afrique, à pratiquer l'opération du trépan sur des militaires qui avaient eu le crâne fracturé par des éclats d'obus.

Dans ces deux cas qui, sauf quelques détails de peu d'importance, présentaient non-seulement une certaine analogie de causalité, mais encore de siège, de forme et de gravité, la lésion siégeait à la région pariétale droite ; le projectile, en frappant plus ou moins obliquement la voûte crânienne, avait d'abord déchiré et fortement contusionné les téguments, puis fracturé en étoile et enfoncé dans le cerveau quelques-uns des fragments du pariétal, sans toutefois y pénétrer ; une certaine portion de substance cérébrale meurtrie, réduite en pulpe sanguinolente, faisait hernie au dehors à travers la dure-mère déchirée et les fissures osseuses ; il y avait eu hémorrhagie abondante, malgré cela les symptômes de commotion générale et de compression cérébrale étaient des plus graves ; je les résume en quelques mots : mouvements convulsifs de contracture des membres, paralysie générale, respiration stertoreuse, semblant annoncer une fin prochaine.

En examinant plus attentivement ces blessures et en cherchant à relever les fragments déprimés pour les remettre en place, nous aperçûmes que de nombreuses esquilles flottaient à la surface du cerveau et de ses membranes ; ne pouvant ni les saisir ni les extraire, nous dûmes, pour y arriver, appliquer cinq couronnes de trépan dans un cas et six dans l'autre. Ces couronnes, reliées entre elles par des traits de scie, nous permirent d'enlever une forte portion de l'os qui suffit à peine pour détruire les adhérences de quelques esquilles volumineuses, les extraire et débarrasser le cerveau de tous les caillots sanguins qui pesaient sur lui. Dans l'un et l'autre cas, cette opération produisit bon effet, car quelques instants après, la respiration parut se faire plus librement.

Après avoir débarrassé le cerveau de tout ce qui l'encombrait, nettoyé les plaies, remis en place les lambeaux externes qui avaient été disséqués et relevés pour trépaner l'os, nous maintenîmes le tout à l'aide d'un pansement simple, doux et moelleux qui permit à la

ête de nos blessés de rester appuyée sur le côté malade, pour mieux favoriser l'écoulement de liquide d'abord, celui de la suppuration ensuite, et empêcher ainsi leur accumulation dans le crâne, ce qui eût inévitablement déterminé de nouveaux accidents.

L'examen des esquilles retirées nous fit voir que toutes ces parcelles osseuses avaient le même caractère particulier ; elles étaient plates, minces, plus ou moins larges, assez semblables à des lames de verre ou mieux à des éclats d'ardoise, rugueuses sur une de leurs faces, polies sur l'autre, toutes dépendantes de la table interne de l'os qui avait été comme décollée, puis fracturée par la violence du choc.

Des pansements fréquemment renouvelés, surtout lorsque la suppuration fut établie, avec les plus grands soins de propreté, mirent ces deux blessés à l'abri de tout accident. Ils restèrent plusieurs jours dans une sorte d'état comateux, et ce n'est guère que du quinzième au vingtième jour qu'ils commencèrent à reprendre un peu de connaissance et qu'on vit chez eux la sensibilité et le mouvement revenir insensiblement.

Un mois ou cinq semaines après l'accident, ils furent évacués sur Constantinople, non pas rétablis, mais en voie parfaite de guérison. L'un en a perdu un complètement de vue ; mais depuis, j'ai su que l'autre, nommé Louis, s'était retiré à Lunéville, où M. le docteur Hueury père l'avait vu dans un état de santé aussi parfait que possible ; toutefois, je ne sais pas si la perte de substance faite au crâne subsiste toujours ; je suppose qu'elle est aujourd'hui en partie dissimulée par un tissu de nouvelle formation soit fibreux, soit cartilagineux, et presque recouverte par les lambeaux du cuir chevelu.

Ces deux opérations de trépan sont les deux seules que j'ai vu faire pendant toute la campagne.

Si on se reporte aux fatigues et aux privations de toutes sortes de cette guerre ; si on tient aussi compte de toutes les circonstances défavorables dans lesquelles se sont trouvés ces deux blessés qui sont restés près de cinq semaines à notre ambulance, mal logés sous nos baraques, couchés sur la planche, entourés de cholériques, de scorbutiques, de typhiques et de nombreux blessés atteints de pourriture l'hôpital, etc., etc., on sera étonné d'un pareil succès et on le trouvera des plus encourageants pour le chirurgien qui est appelé à opérer dans de meilleures conditions.

Pour mon compte, j'en garderai éternellement le souvenir, et je le considérerai toujours comme un des plus beaux triomphes de l'art chirurgical. Si j'ai rappelé aujourd'hui ces deux faits depuis longtemps restés dans l'oubli, c'est uniquement pour encourager mes col-

lègues et mes confrères à ne pas reculer dans les cas semblables, devant la nécessité de la trépanation.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Fracture avec enfoncement des os du crâne. — Application du trépan. — Guérison.

M. DEGUISE présente à la Société le jeune garçon qui fait le sujet de l'observation suivante.

B... Georges, âgé de treize ans, domicilié à Saint-Maurice (Seine), est entré à l'hôpital de Charenton le 24 juillet 1864, dans les circonstances suivantes :

B... est le neveu d'un garde du bois de Vincennes, qui réside dans la partie du parc nouvellement agrandi, et qui était alors occupé par de vastes ateliers de terrassement. Cet enfant rencontre un cheval de trait dételé et sans conducteur ; il se hisse sur l'animal et se met à l'exciter ; mais il ne tarde point à être renversé, et reçoit, étant à terre, une ruade qui l'atteint à la tête et lui fait perdre immédiatement connaissance.

Une heure environ après l'accident, je constate :

1° Une large plaie du cuir chevelu occupant toute son épaisseur, située au-dessus de l'oreille droite, et s'étendant depuis la tempe jusqu'àuprès de la protubérance occipitale. La lèvre supérieure de cette plaie est assez nette et adhérente à la boîte osseuse ; l'inférieure est inégale, largement décollée.

2° Une fracture intéressant à la fois l'occipital, le pariétal et le temporal, et constituée par un fragment osseux enfoncé de 3 à 4 millimètres environ dans la boîte crânienne, et mesurant 7 centimètres d'arrière en avant, sur une largeur de près de 2 centimètres en arrière et de 4 centimètres à sa partie la plus antérieure. Ce fragment appartient presque tout entier au pariétal ; son bord inférieur comprend une faible partie de la circonférence supérieure du temporal, et, en arrière, 2 centimètres et demi environ de l'occipital. De plus, son bord inférieur, taillé en biseau aux dépens de sa table externe, a glissé sur la face interne du temporal, de façon que le bord supérieur de la pièce enfoncée présente un écartement du pariétal qui permet l'introduction de l'extrémité d'une spatule. Le blessé a perdu une notable quantité de sang ; sa face est pâle, ses traits sans expression ; tous les sens paraissent abolis ; les membres sont dans un état de résolution presque complète ; le pouls est petit, d'une faiblesse extrême. En mettant l'enfant au lit, on a trouvé ses vêtements salis par de l'urine et des matières fécales.

En introduisant un levier entre le bord supérieur de l'esquille et la tige crânienne, on obtient bien une certaine mobilité, mais tout est insuffisante pour en espérer l'extraction. Deux couronnes de pan sont appliquées sur le pariétal à l'angle supérieur de la pièce foncée, qui fut alors assez facilement retirée à l'aide d'un davier.

La dure-mère est déchirée en arrière et en bas de la solution de continuité, dans l'étendue de 3 centimètres environ ; la circonvolution ébrale correspondant à cette déchirure ne paraît pas entamée.

Les angles osseux produits par l'opération du trépan sont reséqués.

Un linge mouillé et cératé est appliqué sur la dure-mère, et recouvert de petites boulettes de charpie maintenues par une compresse, et un bandage sur lequel on maintient une vessie contenant de la glace.

Une bouteille d'eau chaude aux pieds et des cataplasmes sinapisés sur les membres inférieurs constituent toute la prescription du traitement.

Le soir, à neuf heures, il n'y avait pas un grand changement dans l'état du blessé. Cependant la chaleur était revenue, le pouls était plus fort, la respiration était assez bonne, les paupières étaient toujours fermées ; il ne s'écoulait plus de sang.

Le lendemain matin, 25 juillet, j'appris qu'il y avait eu un peu d'agitation qui s'était traduite par quelques gémissements et quelques efforts pour se débarrasser du pansement. Le pouls est à 68, régulier ; la chaleur est convenable. Lorsqu'on pince le malade, on constate de la sensibilité des deux côtés du corps. En soulevant les paupières, on observe également la contractilité des iris. On essaye inutilement de faire avaler quelques gouttes de liquide. Continuation du traitement par la glace.

Le 26 juillet, l'agitation a augmenté. Le pansement ne tient plus. Il est renouvelé comme le premier jour. L'urine continue à être rendue sans que le malade en ait conscience. Le pouls est à 80 ; la sensibilité est moins prononcée du côté gauche. L'enfant peut avaler quelques gorgées d'eau sucrée.

Le 27, l'agitation est la même. Délire avec cris et articulation de mots incompréhensibles. Pouls à 90.

On lui donne du tilleul et on l'arrose avec tisane. Un demi-lavement salé.

Le 28, il y a eu une copieuse évacuation de matières fécales, à la suite de laquelle le malade a été plus tranquille. La plaie est visible ; son aspect est convenable ; la suppuration commence à s'établir.

Le 29, l'enfant s'agite moins dans son lit, mais le délire continue. La sensibilité et la motilité très-manifestement affaiblies du côté gauche.

Le 30, même état que la veille. La plaie est pansée tous les jours.

Le 34, le malade est plus tranquille; il tient ses yeux assez souvent ouverts, mais sans paraître distinguer les objets qui l'environnent. Son langage est toujours mal articulé et composé de mots incobérents. La paralysie, incomplète du côté gauche, est la même. Pouls à 70. Langue humide, un peu blanchâtre. La dure-mère, à l'endroit où elle a été déchirée, offre une coloration légèrement noirâtre; la plaie, quant au reste, est belle.

Même tisane. Bouillon de poulet. On maintient l'application de la glace sur la tête.

Le 2 août, l'état général continue à être assez satisfaisant; il y a eu une garde-robe naturelle. Les bouillons de poulet sont pris sans difficulté. La plaie se recouvre de bourgeons charnus. La dure-mère à l'endroit noté est toujours noirâtre, et commence à se ramollir. Le pouls reste à 70.

Même tisane. Bouillon de bœuf. La glace sur la tête est supprimée.

Le 5, il n'y a pas une grande différence dans les mouvements, soit à droite, soit à gauche. La sensibilité seule est moindre à gauche. Depuis la suppression de la glace, le malade est tout à fait tranquille; cependant il paraît ne pas avoir conscience de ce qui se passe autour de lui, et ne répond à aucune question. Quelques petits lambeaux de la dure-mère se sont détachés; la pie-mère sous-jacente est d'un rose assez vif; les bourgeons charnus continuent à se développer; la suppuration est de bonne nature, sans être trop abondante.

Orangeade. 3 potages. Quelques cuillerées de Bordeaux.

Le 8, notre jeune enfant reprend enfin un peu de connaissance. Il montre la langue, donne la main gauche ou droite. Pour la première fois, hier, il a uriné dans un bassin. Il prend ses potages avec plaisir. La cicatrisation de la plaie fait des progrès *ut supra*.

Le 12, l'amélioration ne se ralentit point. Les jours se passent avec des images. Les nuits sont tranquilles. L'appétit se soutient.

Potages. Œufs frais. Biscuits. Bordeaux.

Le 15, les bourgeons charnus recouvrent presque entièrement la perte de substance osseuse, et ont souvent besoin d'être réprimés avec le nitrate d'argent. Le petit malade, qui n'a jamais accusé la moindre douleur depuis qu'il a recouvré sa connaissance, passe une partie de ses journées dans un fauteuil qui est porté dans le jardin pendant plusieurs heures.

Le 20, à la visite, je trouve M. Georges levé, avec un tablier que la sœur lui a donné, et portant un crachoir. La plaie est presque entièrement fermée. Toutes les fonctions s'exécutent normalement.

Je fais fabriquer une calotte en cuir pour préserver le crâne d'un

oc extérieur, et Georges quitte définitivement l'hôpital le 9 septembre 1864.

— **M. M. PERRIN** demande à M. Deguise quelles sont les raisons qui ont motivé la trépanation.

M. DEGUISE. Si la discussion s'engage, je dirai quels sont mes incipies à ce sujet. Ici j'ai appliqué le trépan parce que j'éprouvais des difficultés pour extraire les esquilles.

COMMUNICATION.

Ovariectomie. — Guérison.

M. THIERRY-MIEG lit, au nom de M. Marion-Sims, l'observation d'une opération d'ovariectomie pratiquée à Saint-Germain-en-Laye par ce chirurgien, et montre à la Société la tumeur extirpée. (Commission : MM. L. Labbé, Tarnier, Guyon.)

— **MM. VELPEAU ET DEPAUL**, tout en reconnaissant l'intérêt de semblables présentations, expriment le vœu que les Sociétés savantes auxquelles on les adresse reçoivent aussi communication des cas insuccès.

Nous avons assez vu d'observations heureuses, ajoute M. Velpeau, pour admettre que l'ovariectomie peut réussir. Mais la question importante n'est pas là. Pour une opération aussi grave, il importe de connaître avant tout la proportion des insuccès.

RAPPORT.

bois du foie guéri par ponction suivie d'injections iodées. — Luxation complète en dehors de l'articulation huméro-cubitale.

M. A. GUÉRIN lit un rapport sur ces deux observations adressées par M. le docteur Sistach, médecin-major de 1^{re} classe.

M. le rapporteur conclut en demandant :

L'inscription de M. le docteur Sistach sur la liste des candidats au titre de membre correspondant ;

La publication, dans le *Bulletin*, de l'observation de luxation. Ces conclusions sont adoptées.

Observation.—Il existe dans les divers recueils et journaux de médecine un nombre tellement restreint de luxations complètes en dehors de l'articulation huméro-cubitale, que, pour l'édification de leur histoire, le professeur Malgaigne (1) n'a pu réunir que dix observations, tandis qu'un an auparavant, dans sa thèse inaugurale, M. le docteur

(1) *Traité des fractures et des luxations*, 1855, t. II, p. 614.

Paul Denucé (1) n'en avait cité que neuf. Et depuis cette époque (1854) les bulletins de la Société de chirurgie ni ceux de la Société anatomique depuis 1858, n'en ont publié aucun nouveau cas.

Et comme les mêmes faits sont reproduits à la fois par M. Denucé et par Malgaigne, il nous a paru utile de faire connaître la luxation qu'il nous a été donné de réduire.

Z... André, âgé de quatorze ans, entré à l'hôpital militaire de Constantine, le 14 avril 1866, est tombé à terre, le même jour et à deux heures de l'après-midi, dans une lutte à bras-le-corps. Sans pouvoir préciser d'une manière absolue les diverses circonstances de la chute, le malade raconte toutefois que la paume de la main gauche a d'abord heurté violemment le sol et consécutivement que le corps entier a roulé à terre.

Voici les symptômes que nous constatons trois heures après l'accident :

1° *Attitude.* — Membre dans la demi-flexion et en demi-pronation. Mouvements de flexion et d'extension très-douloureux et très-bornés.

2° *Déformation.* — Élargissement considérable du diamètre transversal du coude ; sur son côté externe, saillie musculaire volumineuse constituée par les insertions supérieures du grand supinateur et des radiaux ; ces muscles sont tendus et dessinent sous la peau un relief prononcé dont on peut suivre les divers contours. En arrière de ce relief se remarque supérieurement une dépression de 4 centimètres de hauteur, dont la cupule radiale forme la limite inférieure. Cette cupule, très-appéciable au toucher, est en dehors et en avant de l'épicondyle ; elle est très-superficielle de même que l'olécrâne qui forme une saillie très-prononcée. Cette apophyse, située tout à fait en dehors de sa position normale, se trouve presque sur la même ligne que la surface articulaire humérale, et le tendon du triceps brachial forme une corde oblique en dehors.

Sur le côté interne du coude existe un gonflement très-considérable et très-douloureux à la pression, qui est constitué par l'épitrôchlée, tandis que dans le pli du coude on ne trouve aucune saillie osseuse notable ; le tendon du biceps forme seul une corde saillante et oblique en dehors.

En cherchant à travers les parties molles à reconnaître la position de l'extrémité articulaire de l'humérus, on parvient à distinguer nettement l'épitrôchlée, la trochlée et le condyle ; quant à l'épiconyle qui, profondément situé, est caché par l'olécrâne et embrassé par la cavité sigmoïde, on ne le sent qu'à grand'peine. A la face postérieure

(1) *Mémoires sur les luxations du coude*, 1854, p. 128.

l'extrémité humérale, on sent fort bien la cavité olécrânienne, en dehors de laquelle se trouve l'apophyse de ce nom.

Voici les diverses mensurations que nous avons pratiquées sur le membre supérieur gauche :

circonférence du bras au-dessus du gonflement du coude, 29 centimètres.

circonférence du coude au niveau du milieu de l'olécrâne, 325 millimètres.

distance de l'angle postérieur de l'acromion au sommet de l'olécrâne, 30 centimètres.

distance de l'épicondyle à l'extrémité du pouce, 36 centimètres.

distance de l'épicondyle à l'apophyse styloïde du radius, 25 centimètres.

distance de l'épitrachée au bord interne de l'olécrâne, 7 centimètres.

Le membre supérieur droit nous a donné les mensurations suivantes :

circonférence du bras au-dessus du coude, 22 centimètres.

circonférence du coude au niveau de la partie moyenne de l'olécrâne, 25 centimètres.

distance de l'angle postérieur de l'acromion au sommet de l'olécrâne, 30 centimètres.

distance de l'épicondyle à l'extrémité du pouce, 36 centimètres.

distance de l'épicondyle à l'apophyse styloïde du radius, 25 centimètres.

distance de l'épitrachée au bord interne de l'olécrâne, 32 millimètres.

À l'examen comparatif des mensurations des deux membres, il résulte que celui du côté gauche présentait un gonflement volumineux de la région du coude, l'absence de raccourcissement du bras de l'avant-bras, et enfin un éloignement anormal de l'épitrachée de l'olécrâne.

Le malade soumis à la chloroformisation, nous procédons à la réduction de la luxation de la manière suivante : Tandis qu'un aide maintient la contre-extension sur le bras, nous ramenons dans la supination l'avant-bras, que nous confions ensuite à un nouvel aide pour qu'il opère l'extension. En même temps nos deux mains pratiquent sur le coude la coaptation, en poussant de dehors en dedans les surfaces articulaires de l'avant-bras. Bientôt après, la disparition des signes anormaux et la facilité de pouvoir faire exécuter à l'articulation du coude ses divers mouvements nous indiquent que la réduction de la luxation est complète.

Le membre est placé dans une écharpe ; le lendemain, une ecchymose considérable apparaît sur la face interne du coude et du bras ; dès le dixième jour, des mouvements sont imprimés à l'avant-bras pour prévenir la roideur articulaire du coude. A cette époque la partie inférieure du biceps brachial et son tendon terminal sont le siège d'un gonflement considérable, qui ne cède progressivement qu'à l'emploi quotidien de bains de bras prolongés, de frictions mercurielles et de cataplasmes.

Le 49 mai, le malade a recouvré toute la plénitude des mouvements du coude qui s'exécutent sans nulle douleur. Il n'y a plus de trace de gonflement périarticulaire. *Exeat* le 20 mai.

Telle est la luxation complète en dehors du coude que nous avons observée et dont le diagnostic repose sur les caractères suivants : agrandissement du diamètre transversal du coude ; transport des deux os de l'avant-bras en dehors ; transport de la tête du radius en avant de l'épicondyle ; demi-flexion de l'avant-bras avec pronation forcée.

Mais, selon M. Denucé (1), il existe deux variétés principales de cette luxation qu'il désigne sous les noms de *sus* et *sous-épicondylennes*, selon que la cavité sigmoïde, qui embrasse le bord externe de l'humérus, se trouve située au-dessus ou au-dessous de l'épicondyle. Voici, d'après cet auteur, les caractères différentiels de ces deux espèces de luxations :

1° *Variété sus-épicondylenne.*

En dedans, saillie formée par l'humérus, dépression au-dessous ; en dehors, saillie formée par le cubitus et le radius, le long du bord externe de l'humérus ; dépression au-dessus. En arrière, l'olécrâne manque dans sa cavité que l'on sent très-bien ; on voit au-dessous toute l'extrémité inférieure de l'humérus qui fait saillie sous la peau, et sur laquelle on peut constater, de dehors en dedans, l'épitrachée, la trochlée, le condyle, l'épicondyle ; au-dessus de l'épicondyle, à une hauteur variable, on ren-

2° *Variété sous-épicondylenne.*

La déformation est moins prononcée en dehors, l'olécrâne est à peu près sur la même ligne que la surface articulaire humérale, peut-être même la dépasse-t-elle un peu en bas au lieu d'être remontée de 2 ou 3 centimètres au-dessus. Le diamètre transversal est plus considérable au niveau de la ligne des tubérosités. On sent encore sous la peau l'épitrachée, la trochlée, le condyle ; mais on ne sent plus l'épicondyle qui est caché par l'olécrâne, et embrassé par la cavité sigmoïde au fond de laquelle on peut même

(1) Thèse citée, p. 139.

tre le sommet de l'olécrâne. avant, la trochlée fait saillie à la partie interne, et, à la partie externe, on reconnaît la tête du radius portée en avant de l'humérus ; le triceps et le biceps forment deux cordes saillantes de dehors en dedans.

Il y a raccourcissement du radius, éloignement de l'épitrochlée et de l'olécrâne, rapprochement de l'épitrochlée et de l'apophyse styloïde.

L'attitude est très-remarquable ; demi-flexion avec une forte pronation ou plutôt une demi-sion en dedans.

le constater. Le bras, mesuré de l'acromion à l'olécrâne, est à peine raccourci, et enfin il y a une saillie musculaire très-prononcée des muscles qui partent de l'épicondyle et qui n'existent pas dans la variété sous-épicondylieune. L'attitude est la même dans les deux cas ; peut-être même est-elle plus prononcée dans la deuxième variété, parce que les muscles biceps et pronateur sont plus tirillés ; les mouvements communiqués sont moins étendus que dans la variété sous-épicondylieune à cause du moindre délabrement des parties.

Si l'on tient compte, dans notre observation, de l'absence de raccourcissement du bras et de l'avant-bras, de la proéminence volumineuse de l'insertion supérieure des muscles grand supinateur et diaux externes, et surtout de la position précise de la cavité sigmoïde du cubitus par rapport au bord externe de l'humérus, on ne peut méconnaître la caractéristique de la variété sous-épicondylieune : la luxation latérale externe, ainsi que nous l'avons consigné sur le titre de ce travail.

Tout en reconnaissant que la cavité sigmoïde peut siéger au-dessus ou au-dessous de l'épicondyle, le professeur Malgaigne (4) n'accorde pas toutefois la même importance à ces deux positions qui sont conséquence, pour lui, du chevauchement plus ou moins considérable des os.

Mais, d'après M. Denucé, non-seulement il existe des signes suffisants pour différencier ces deux variétés de luxation, mais celles-ci distinguent encore par le mode de réduction qui est applicable à chacune d'elles. Mouvement forcé de supination et extension en ligne droite, suffisants dans les luxations sous-épicondylieunes ; mouvement forcé de supination et extension sur l'avant-bras fléchi applicable dans tous les cas ; tel est, pour ce chirurgien, le traitement le plus convenable des luxations et subluxations en dehors. La raison de cette différence repose sur la position de l'olécrâne qui, dans la

(4) Ouvrage cité, p. 616.

luxation sous-épicondylieune, vient arc-bouter contre la partie postérieure de l'épicondyle, ce qui, combiné avec l'extension, peut remettre les surfaces parfaitement de niveau.

Lorsque l'action des muscles tirailés par l'extension ne suffit point pour produire la coaptation, celle-ci doit être pratiquée par la main du chirurgien en poussant les os de l'avant-bras de dehors en dedans, ainsi que nous avons été obligé de le faire chez notre malade.

ÉLECTIONS.

Renouvellement du bureau.

La Société procède à l'élection des membres du bureau et des commissions permanentes pour 1867.

Le bureau élu est ainsi composé :

Président, M. Follin ;

Vice-président, M. Legouest.

Secrétaire général, M. Verneuil.

La durée des fonctions est de cinq années pour le secrétaire général.

Secrétaires annuels, MM. Dolbeau et L. Le Fort.

Bibliothécaire archiviste, M. Tillaux.

Trésorier, M. Houel.

COMITÉ DE PUBLICATION.

MM. Trélat, Labbé, Guyon.

COMMISSION DES CONGÉS.

MM. Boinet, Tarnier, Houel.

COMMISSION DES ARCHIVES.

MM. Marjolin, Giraldès, Labbé.

COMMISSION DES COMPTES.

MM. Perrin, Dolbeau, Demarquay, Guyon, Boinet.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

COMPTE RENDU

DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE, PENDANT
L'ANNÉE 1866.

Par M. F. GUYON, secrétaire annuel.

Messieurs,

Cette année même, en inaugurant vos travaux, notre président vous disait que la Société de chirurgie ne pouvait être fidèle à sa devise, «*progrès dans la science* » qu'en acceptant toujours comme son premier, comme son plus impérieux devoir, le travail et le progrès.

La lecture de vos bulletins et de vos mémoires prouve que la pensée de vos fondateurs a été poursuivie et fécondée. Aussi, quels que soient les labeurs que nécessite l'accomplissement régulier des fonctions dont vous honorez vos secrétaires, chacun d'eux a trouvé dans son rôle modeste la plus intime satisfaction, celle que donne le sentiment d'un travail utile.

Dans le rapide aperçu des travaux de l'année, que je vais faire passer sous vos yeux, j'aurais voulu montrer que cette fois encore, vous n'avez oublié ni vos devoirs ni votre rôle. Je ne puis un instant m'occuper ; ce n'est qu'en recourant aux comptes rendus, c'est-à-dire à vos travaux eux-mêmes, que l'on pourra juger de leur importance ; j'aurai atteint mon but si j'ai réussi à attirer sur eux l'attention. Il n'était dans les usages de parler, en premier lieu, des maladies des os et des articulations, l'importance et le nombre des communications relatives à ce sujet nous eussent conduit à nous en occuper d'abord.

Les progrès des perfectionnements qu'a apportés dans l'art opératoire la méthode méthodique et approfondie de l'anatomie chirurgicale, du brillant éclat qu'a jeté sur toute une génération chirurgicale et sur l'enseignement de l'anatomie des chirurgiens et du manuel opératoire, la chirurgie, satisfaite des limites où l'a conduite la plus saine et la plus hardiesse, semble aujourd'hui dédaigner les triomphes du passé. Elle est, avant tout, conservatrice.

Aujourd'hui accusées lorsqu'il s'est agi des lésions ou des maladies du squelette, ces tendances devaient surtout, dans cette partie de

la pathologie, trouver l'occasion de leur plus favorable développement.

Nous nous garderons de porter un jugement qui serait ici déplacé, mais nous ne saurions trop nous réjouir de voir se produire, à notre tribune, des communications d'un aussi grand intérêt que celles qui nous ont été faites par MM. Ollier, Sédillot et Bœckel. M. Ollier, vous le savez, soutient avec talent et conviction que le périoste est l'agent essentiel de la reproduction des os. Il institue toute une série nouvelle d'opérations, qu'il qualifie de la *dénomination* de sous-périostées, et il a pu, pièces en main, vous en montrer les bienfaisantes applications. L'École de Strasbourg, inspirée par M. Sédillot, compte surtout sur la puissance ostéogénique du réseau médullaire et du tisseu osseux lui-même, pour régénérer l'os dont on conserve le moule. Les réflexions présentées par plusieurs de nos collègues et en particulier par MM. Broca, Verneuil, Trélat, Demarquay, tendent à démontrer que si la chirurgie peut encore douter que toutes les promesses de l'ostéogénie soient complètement tenues, il n'en est pas moins vrai que, grâce à ces études, à ces expérimentations si répétées et si bien conduites, les opérations que l'on pratique sur les os, et les résections en particulier, deviendront plus sûres dans leur application, plus certaines dans leur résultat.

C'est encore à l'étude plus approfondie de la physiologie et du développement du système osseux, que nous devons la curieuse étude de ces exostoses dites de croissance, que M. Broca a décrites et dont il nous a montré cette année, en son nom et au nom de M. A. Guérin, un si remarquable exemple. Dans la séance suivante, M. L. Labbé nous amenait un enfant qui portait une de ces exostoses au niveau de l'épiphyse du radius. M. Broca concluait à l'opération immédiate, afin de pouvoir éviter le sacrifice du membre auquel il avait eu le regret d'être conduit chez son malade. Mais M. Marjolin protestait contre cette décision, qui paraissait cependant avoir obtenu l'approbation de la Société.

Malgré l'étude approfondie de l'anatomie et de la physiologie normale et pathologique du système osseux, il est souvent difficile de bien apprécier quelles sont les influences qui s'opposent aux consolidations des fractures. M. Demarquay nous a montré une jeune demoiselle dont la santé paraissait irréprochable, et qui, simultanément atteinte d'une fracture de la rotule et d'une fracture de l'humérus, vit la première se consolider tandis qu'une pseudarthrose était la conséquence de la solution de continuité de l'humérus. La résection, combinée avec le décollement du périoste en manchette et la suture métallique des extrémités, ont amené la guérison.

Mais on doit reconnaître que la pseudarthrose est souvent la conséquence d'une immobilisation incomplète des fragments. C'est ce que nous faisait remarquer M. Marjolin, à l'occasion d'une intéressante observation de M. Le Fort, à propos de laquelle notre collègue préconisait l'extension continue. On ne saurait, par contre, accuser les appareils, dans l'observation de M. Tarnier, puisque la guérison survint alors que l'on commençait à désespérer, et sans que de nouveaux moyens aient été mis en œuvre.

C'est en présence des fractures compliquées, que le génie chirurgical s'est de tout temps voué à la recherche de la conservation du membre. Le très-remarquable fait de M. Guérin vous a montré les heureux résultats d'une résection étendue de l'extrémité inférieure de l'humérus dans une fracture comminutive du coude. Conservation du membre et de ses fonctions, tel fut l'heureux effet d'une pratique consacrée par l'expérience.

Je ne puis que mentionner, comme nouvelle preuve à l'appui, le fait de M. Laborie, de fractures multiples de l'omoplate, de la clavicule, de l'humérus droit; et celui que M. Noguès, chirurgien de l'armée, nous a présenté. Dans ce dernier cas, le malade, simultanément atteint de fracture du maxillaire inférieur et de double fracture des fémurs, a guéri assez heureusement pour pouvoir marcher sans aide.

Je rappellerai enfin les cas de fracture bicondylienne de l'humérus bicondylienne du fémur. L'un est dû à M. Fleury, notre collègue de Clermont, l'autre à M. Lejeal, auquel nous devons plusieurs intéressantes communications. M. Trélat vous a fait remarquer que le ligament qui sépare les condyles est transversal, tandis que presque toujours il est vertical. Vos bulletins possèdent les trois seuls cas où cette disposition insolite a été mentionnée.

Si nous ajoutons à cette énumération déjà longue un cas de fracture de la cuisse avec emphysème, adressé par M. Ladureau, qui nous a valu le rapport de M. L. Labbé et des remarques de MM. Velpeau, Denigay et Perrin; un cas de fracture probable de l'axis, présenté par M. Broca; un cas de fracture du péroné, avec fracture intra-articulaire du tibia, par M. Laborie; un exemple d'arrachement de l'épiphyse inférieure du fémur, par M. Rougon, dont le rapporteur, M. Dolbeau, a demandé l'insertion au bulletin; nous aurons donné une idée à peu près complète de ce qu'il nous a été donné d'étudier sur ce sujet, pendant le cours de l'année.

Les affections articulaires ont été l'occasion de communications et de discussions importantes.

La luxation sous-glénoïdienne de l'humérus est assez rare pour que

Malgaigne n'ait pu en réunir que douze exemples. Par un singulier concours de circonstances, MM. Broca, Dolbeau, Verneuil et moi, avons pu récemment en observer chacun un exemple, dont nous vous avons communiqué les observations.

Il est toujours intéressant, sans doute, de venir compléter l'histoire d'une lésion rare; mais votre attention est surtout attirée lorsque surgit quelque question relative aux affections plus communément observées. Déjà, vous avez longuement discuté sur la coxalgie, mais lorsque M. Bouvier est venu vous montrer les services que l'on était en droit d'attendre de son appareil en cuir moulé, une nouvelle discussion s'est immédiatement élevée. Des remarques présentées par l'auteur, par MM. Giralès, Verneuil, Guersant, Le Fort, Demarquay, Chassaignac, il résultait que cet appareil pouvait être utilisé au début, avant toute déformation, ou à la fin de la maladie, après redressement complet. MM. Le Fort et Verneuil ont cherché plus tard à réaliser des appareils qui pussent également être appliqués pendant la période de déformation et permettre, à l'aide d'ingénieux mécanismes, le redressement graduel. Mais tous ces appareils n'ont pas fait oublier à leurs auteurs eux-mêmes les services que peuvent rendre, en toute circonstance et entre toutes les mains, les bandages inamovibles.

C'est à la hanche que l'on a eu le plus souvent occasion d'observer ces affections désignées sous le nom de luxations spontanées ou congénitales, en raison de l'étiologie la plus généralement acceptée.

M. Verneuil a voulu introduire dans l'étiologie de ces déplacements spontanés un nouvel élément, selon lui, beaucoup trop négligé. D'après notre collègue, ces luxations reconnaîtraient souvent pour causes la paralysie et l'atrophie des muscles pelvi-trochantériens : en conséquence, il propose de les appeler luxations paralytiques du fémur.

Je ne puis rappeler ici l'argumentation opposée par MM. Bouvier et Broca à la théorie nouvelle de M. Verneuil.

MM. Bouvier et Broca se sont constitués les défenseurs de la congénialité des lésions qui déterminent les luxations, et, tout en admettant que l'atrophie musculaire puisse, en effet, jouer un rôle dans leur production, nos honorables collègues sont demeurés d'avis que l'état d'atrophie des muscles pelvi-trochantériens ne pouvait, jusqu'à démonstration plus complète, être admis comme étiologie principale.

Cet état singulier des muscles qui, par leurs contractions spasmodiques, s'oppose au libre usage des doigts et que l'on a désigné sous le nom de crampe des écrivains, parce qu'il est surtout le résultat de l'usage habituel ou excessif de la plume, a été l'objet d'une com-

unication de M. Désormeaux. Notre collègue est venu nous montrer un nouvel appareil destiné à remédier à cette infirmité. Nous ne pouvons prévoir quelle en sera l'utilité, mais on est bien obligé de compter, ainsi que l'ont fait MM. Larrey, Trélat, Demarquay, Desbats, que ces ressources sont aussi nombreuses que précieuses, et qu'il faut presque pour chaque cas recourir à un nouvel artifice.

La chirurgie acquiert une certitude presque absolue, au contraire, lorsqu'il s'agit de déterminer le mode de traitement auquel elle aura recours lorsqu'une artère est lésée ou malade. Cependant une observation de M. Tillaux nous a montré que le chirurgien pouvait exceptionnellement se trouver dans l'embarras, et que le diagnostic ordinairement si net de l'anévrisme artériel et de l'anévrisme artériodurieux était, sous l'empire de certaines modifications dues à l'inflammation, à peu près impossible.

Plusieurs faits ont déjà démontré que la carie du rocher pouvait entraîner l'ulcération de la carotide interne, et déterminer, à travers le conduit auditif externe et la trompe d'Eustache, les hémorrhagies les plus graves. A propos du fait intéressant que nous a communiqué M. Broca, M. Chassaignac a rappelé ceux que déjà il avait publiés. La ligature de la carotide primitive a été pratiquée par M. Broca, mais il préférerait en principe la ligature de la carotide interne comme devant plus sûrement mettre à l'abri du retour de l'hémorrhagie.

Il est un certain nombre de questions qui sont pour ainsi dire une façon permanente à l'ordre du jour de la Société de chirurgie. Nous aurions pu faire cette remarque à propos de la coxalgie, nous aurions pu la renouveler à propos de plusieurs autres sujets ; mais nous ne voulons, en ce moment, faire aucune allusion qu'au traitement de la constriction permanente de la mâchoire et des polypes naso-pharyngiens.

M. Boinet nous a présenté une pièce anatomique provenant d'une jeune fille deux fois opérée par lui, deux fois montrée à ses collègues, et qui a succombé cette année à une affection intercurrente. La première opération avait simplement consisté dans la section de la branche du maxillaire avec une pince de Liston ; la récidive avait été complète. La seconde fois, en 1863, le chirurgien enleva un morceau cunéiforme du maxillaire, et depuis les mouvements de mastication étaient demeurés possibles.

L'examen de la pièce n'a qu'imparfaitement satisfait MM. Guérin, Larrey et Larrey. Cependant, malgré la présence de jetées osseuses assez peu fortes, il était impossible de contester que la réunion des fragments ne fût fibreuse. Aussi, en répondant à M. Larrey, M. Verneuil, le promoteur des opérations d'Emarch et de Rizzjoli, faisait-il

remarquer que la conciliation tendait aujourd'hui à se faire entre les chirurgiens qui, rebutés par quelques insuccès de l'ostéotomie, voudraient encore s'en remettre à la dilatation, et ceux qui soutiennent avec raison qu'il est des cas où seule l'ostéotomie plus ou moins étendue peut permettre d'espérer le retour de mouvements utiles.

Les polypes naso-pharyngiens ont donné lieu à une discussion plus longue et plus animée. La nécessité d'une opération préliminaire a été à plusieurs reprises posée et acceptée ; mais les chirurgiens n'ont encore pu se résoudre à accepter comme définitive cette sentence qui les oblige à mutiler plus ou moins gravement un malade pour rendre possible l'opération qu'ils ont à lui faire subir.

M. A. Guérin nous a donné l'intéressante observation d'un fait où il a pu très-heureusement détruire un énorme polypa sans opération préliminaire d'aucune sorte, en déracinant à l'aide de la rugine les implantations de la tumeur à la base du crâne. Les remarques de M. Dolbeau et les indications des nouvelles opérations faites par M. Nélaton, à l'aide de l'électrolyse, montrèrent aussi que pour l'auteur d'une des plus célèbres opérations préliminaires le dernier mot de l'art ne serait dit que lorsqu'on pourrait épargner aux malades toute mutilation préalable. Dans le cours de la discussion qui porta surtout sur la méthode électrolytique, M. Legouest proposa la destruction répétée de la tumeur, à l'aide d'une pince agissant comme l'entérotome. Notre collègue a développé les raisons qui lui font espérer que l'on pourrait ainsi laisser la récidive et arriver à l'âge où ces polypes n'ont plus que bien peu de tendance à se produire. Ces idées ont trouvé dans M. Velpeau un approbateur. MM. Chassaignac et Demarquay se sont surtout appliqués à montrer que, lorsque l'on adopte comme opération préliminaire la destruction du maxillaire supérieur, cette destruction ne devait être que partielle. Plus tard, lorsque M. Ollier est venu exposer son procédé par la voie nasale qu'il a désigné sous le nom d'ostéotomie verticale et bilatérale, M. Chassaignac a revendiqué la première idée de l'application de cette méthode. Le déplacement des os du nez ou du maxillaire appartient en effet à la Société de chirurgie, dans la personne de MM. Chassaignac et Huguier, et non à Langenbeck. Cette affirmation de M. Verneuil est, en effet, l'expression véritable des faits. Toujours est-il que dans ces discussions s'est affirmé encore ce désir aujourd'hui si général de limiter autant que possible l'action de l'instrument tranchant, de conserver et non de détruire. Mais il est un autre enseignement qui ressort des discussions et des faits consignés dans votre bulletin à propos des polypes naso-pharyngiens. C'est que l'on ne saurait adopter une méthode absolue. Comment ne pas reconnaître cette

rité en présence du succès incontestable de M. Guérin, de ceux plusieurs fois obtenus par l'arrachement, de celui dont M. Broca est venu nous entretenir, et où la ligature aujourd'hui si délaissée a été mise en usage, de ceux enfin qui ont été dus à l'action destructive de l'électrochimie.

Bien peu d'années se passent sans que des présentations ou des discussions importantes ayant les maladies des yeux pour objet se produisent devant la Société. Cette année, à propos de communications de M. Serres d'Alais, a eu lieu une longue discussion sur l'ophthalmie purulente des nouveau-nés. Vous avez successivement entendu sur cette question MM. Velpeau, Follin, Chassaignac, Giraldès, Depaut, Blot, Trélat, Marjolin, Le Fort et moi-même. En présence d'une affection qui, le plus souvent, guérit par l'emploi des moyens les plus simples, qui dans d'autres circonstances peut, au contraire, rapidement entraîner la perte de l'œil, et sur l'évolution de laquelle les conditions offertes par le milieu où l'on observe, ou sur le sujet observé, ont une influence si marquée, on comprend que de telles divergences se soient produites dans les appréciations des effets de tel ou tel moyen thérapeutique. Cependant l'efficacité non douteuse des lavages ou irrigations intra-oculaires si bien démontrée autrefois par M. Chassaignac, la nécessité de modifier, dans la plupart des cas, l'inflammation de la muqueuse palpébrale par les applications d'un collyre astringent ou cathérétique ont réuni tous les suffrages ; de même que vous avez généralement préféré l'emploi des bulutions portées à l'aide du pinceau ou instillées entre les paupières, celui si souvent dangereux du crayon de nitrate d'argent.

M. Follin a eu l'occasion d'étudier devant vous un cas fort curieux de luxation spontanée du cristallin. Les troubles de la vision, déterminés par la position anormale des lentilles, ont été savamment analysés par notre collègue.

M. Tillaux vous a montré un cas de luxation traumatique du cristallin. La lentille était sous la conjonctive, comme il arrive le plus ordinairement ; mais notre collègue a surtout attiré votre attention sur un signe nouveau de cette lésion, l'aplatissement de la paupière inférieure au niveau de la cornée, aplatissement très-appreciable lorsque l'œil est fermé.

Vous avez pu juger de l'ingénieuse construction et de l'incontestable utilité de l'œil artificiel imaginé par M. Perrin pour faciliter les exercices ophtalmoscopiques. C'est un véritable service rendu par notre collègue à une partie de la science qu'il étudie avec dissection.

Vous avez entendu enfin la lecture d'un mémoire de M. Galezowski

sur le traitement des affections de la cornée par la fève de Calabar.

Les affections de la bouche n'auraient apporté qu'un faible contingent à vos séances si M. Trélat n'était venu vous donner connaissance de l'opération de palatoplastie qu'il a pratiquée à la Maternité, chez une femme adulte et pour une perforation accidentelle. La question de la palatoplastie est d'ailleurs depuis longtemps portée devant la Société par les communications de M. Ehrmann et celles de MM. Ollier, Sédillot, Marmy. Dans le fait de M. Trélat, le manuel opératoire, et en particulier l'emploi d'une aiguille en hameçon, sont surtout à remarquer. Cette opération, habilement et facilement conduite, fut compromise ultérieurement dans ses résultats par une maladie de la cicatrice; et vous avez entendu, lors de la discussion qui a surtout porté sur le procédé opératoire, M. Depaul raconter deux faits semblables survenus après des opérations de bec-de-lièvre primitivement réussies. Dans la discussion, M. Trélat a défendu cette idée que, dans la palatoplastie, les aiguilles destinées à la staphyloporaphie ou les aiguilles américaines, préconisées par M. Verneuil, ne pouvaient être utilisées; qu'à des difficultés toutes spéciales il fallait opposer un outillage particulier.

Nous vous avons montré, pour notre part, un exemple de dilatation congénitale du conduit de Warthon, observé chez un nouveau-né. Rapproché du cas de M. Stoltz, ce fait prouve que la sécrétion salivaire s'établit avant la naissance comme la sécrétion de l'urine, ainsi que l'a fait voir M. Depaul, et que des tumeurs liquides du plancher de la bouche peuvent être constituées par le conduit de Warthon distendu par la salive sous-maxillaire.

M. Demarquay vous a montré un cancer du pharynx et de l'œsophage, que nous ne faisons que mentionner. M. Verneuil, en mettant sous vos yeux un rétrécissement syphilitique de la trachée, a provoqué, de la part de MM. Chassaignac et Demarquay, le récit de très-intéressantes opérations, pratiquées dans le but de permettre la respiration aux malheureux sujets atteints de cette terrible lésion. La trachéotomie, pratiquée dans des cas semblables, présente des difficultés et des indications toutes spéciales; de semblables observations sont bien faites pour attirer l'attention des chirurgiens.

Deux faits intéressants de fistules congénitales du cou nous ont été communiqués par MM. Serres (d'Alais) et Sarazin. Dans les deux cas la guérison a été obtenue, mais par des moyens bien différents. C'est à l'aide de l'injection iodée que M. Serres a guéri sa petite malade, tandis que M. Sarazin a disséqué et enlevé tout le trajet fistuleux. Ces méthodes sont certainement rationnelles, mais le succès de

Serres commande désormais d'essayer l'injection irritante avant d'arriver à l'emploi de l'instrument tranchant.

Tous savez tous, messieurs, combien vos bulletins sont riches de faits relatifs aux maladies de l'intestin. Le volume de cette année est une exception sous ce rapport. La très-intéressante observation de Labbé est le seul spécimen important dans l'espèce. Il s'agissait, comme vous le rappelez, d'une hernie obturatrice, observée chez une jeune fille femme de la Salpêtrière. Nous mentionnerons les deux faits nouveaux contre nature adressés par M. Patry. La suture amena la guérison. Nous savons que la disposition des bouts de l'intestin peut expliquer de semblables succès, et M. Chassaignac nous a rappelé qu'il avait obtenu par ce procédé, mais nous n'ignorons pas qu'il ne peut être que très-exceptionnellement employé.

Un nouveau brise-pierre, de M. Colson; un nouveau porte-caustique rectal de M. Demarquay, un mémoire de M. Devalz, sur l'hyperplasie sénile de la prostate, sont les seules contributions aux maladies de l'urèthre et de la vessie que j'aie à vous signaler.

Mais je dois arrêter un instant votre attention sur la discussion relative aux tumeurs du testicule et à la castration.

Le diagnostic des tumeurs du testicule a d'abord été mis en cause. Les observations de M. Laborie, les remarques de M. Demarquay, de Després, de M. Panas, ont servi une fois de plus à bien indiquer les difficultés du diagnostic. Mais vous serez de l'avis de M. Verneuil, reconnaissant que les grandes difficultés du diagnostic ne sont exceptionnelles, bien qu'il faille reconnaître que c'est pour ce genre de tumeurs qu'elles se présentent plus volontiers.

C'est à propos de la castration que des faits importants de pratique chirurgicale ont été indiqués. La gravité de la castration n'est pas mise par tous les chirurgiens. M. Verneuil avait été tenté de la nier, mais que M. Demarquay l'affirmait, et cependant notre consciencieux collègue reconnaissait, dans la séance suivante, en nous fournissant les résultats de sa statistique personnelle, que cette opération pouvait être considérée comme grave. MM. Chassaignac, Demarquay et Verneuil, et celui-ci surtout, ont insisté sur les hémorrhagies veineuses qui peuvent suivre l'ablation du testicule. Cet accident, peu étudié jusqu'à présent, mérite cependant, d'après les faits exposés, toute la sollicitude du chirurgien.

La question de la décortication, proposée par Dupuytren pour la guérison de l'hématocèle de la tunique vaginale, mais surtout perfectionnée et reconnue par M. Gosselin, a été l'objet de remarques importantes. La légitime autorité de ce chirurgien l'avait fait admettre dans la pratique. Les observations présentées par MM. Demarquay et Panas,

viendraient corroborer l'opinion des chirurgiens qui pensent que le procédé ancien doit être préféré, vu les dangers de la décortication. Vous avez été moins affirmatifs à l'égard de la meilleure méthode à suivre pour l'amputation du testicule. L'écrasement linéaire sans ligature du cordon, la ligature en masse de cet organe ou la ligature partielle imaginée par Cheselden, se sont partagé vos préférences. Il semblerait en résulter que les avantages de ces méthodes peuvent se compenser, mais il vaut mieux conclure à la nécessité d'un nouvel examen de la question.

Les maladies de l'utérus ou de ses annexes ont été, à plusieurs reprises, étudiées devant nous. A propos d'une autopsie fort intéressante, M. A. Guérin a de nouveau soulevé la question du phlegmon péri-utérin et de la pelvi-péritonite. Cette question, si bien mise en lumière par les gynécologues de notre pays, provoque encore de nouvelles recherches; l'importance de la pièce de M. Guérin, montrant la suppuration du tissu cellulaire péri-utérin, n'échappera à personne. Les autopsies sont d'autant plus nécessaires que le diagnostic sur le vivant, ainsi que l'a dit M. Guérin, est le plus souvent très-difficile, sinon impossible.

Le mentionnerai le polype fibreux, formé de plusieurs tumeurs réunies dans une même enveloppe, qui vous a été montré par M. Désormeaux. Ce n'est pas une forme commune de cette espèce de tumeur.

Un médecin français, M. Chassin, a eu l'occasion de pratiquer, au Mexique, l'amputation de l'utérus dans un cas d'inversion complète et ancienne. L'opération, sagement conduite à l'aide de la ligature, a pleinement réussi. Ce fait vient se joindre à ceux qui permettent de considérer cette opération comme parfaitement indiquée en semblable circonstance.

Mais aujourd'hui, ce n'est plus là la limite de la hardiesse chirurgicale. La barrière du péritoine, si longtemps respectée, a été franchie, et les chirurgiens de notre pays pratiquent l'ovariotomie, autrefois réprouvée par eux. Une observation de M. Aubrée (de Rennes), sur laquelle M. L. Labbé vous a lu un rapport, un autre fait, dû à M. Marion-Sims, vous ont été présentées. Ce sont deux succès. On peut encore considérer qu'il est utile de montrer que l'ovariotomie peut réussir dans notre climat et dans nos murs, mais aujourd'hui que s'est établie la croyance au succès de semblables tentatives, nous ne saurions trop demander, avec MM. Velpeau et Depaul, que les sociétés savantes fussent informées, avec la même sollicitude, des revers inévitables qui doivent accompagner d'aussi graves opérations. Les insuccès ne peuvent plus compromettre l'ovariotomie; il est

cessaire de les bien connaître pour bien apprécier les causes qui peuvent expliquer.

Nous indiquerons ici, mais d'une manière sommaire, plusieurs faits sur lesquels il eût été intéressant pour nous de nous arrêter. Nous nous à ménager votre attention, et nous vous la demanderons ensuite pour quelques moments encore. Nous aurons en effet à vous rappeler, dans une dernière partie, plusieurs questions importantes déjà discutées devant la Société ou dont la discussion est actuellement pendante.

Les faits dont nous ne faisons que l'énumération pourraient, pour la plupart, être rangés sous le titre de tumeurs. Seul, un vice de conformation doit être indiqué à part. C'est celui qui vous a été envoyé par M. H. Damont (de la Havane), sur lequel M. Tillaux nous a lu un rapport. Il s'agissait, d'après le rapporteur, d'une ectromélie. Une discussion engagée entre MM. Broca, Verneuil et Trélat, plus tard, la communication intéressante de M. Trélat, ont montré combien il est embarrassant de trouver place dans les genres créés par Geoffroy Saint-Hilaire, pour certaines monstruosité. Celle qui nous occupait pu, d'après les errements adoptés, être rangée dans les genres ectromélie ou micromélie. De là, la nécessité d'une sorte de classement mixte, déjà pressenti par Geoffroy Saint-Hilaire lui-même et sur la nécessité duquel a insisté M. Trélat.

Au nombre des tumeurs les plus intéressantes, je vous signalerai le lipôme de la langue, enlevé par M. Follin, à l'aide de la galvanopneumotomie; le lipôme sous-aponévrotique de la main, présenté par M. Boinet. Il vous souvient, sans doute, que tous les membres de la Société qui ont examiné cette tumeur avaient cru à l'existence d'un kyste synovial.

M. Laborie vous a montré une tumeur fibro-plastique ou, mieux, embryoplastique de la jambe, pour laquelle il pratiqua l'amputation de la cuisse. Notre collègue nous informait récemment que des récidives avaient amené la mort du malade quelques mois après l'opération.

M. Demarquay vous a montré une tumeur fibreuse du rectum heureusement enlevée avec l'écraseur linéaire. M. Pamard fils, d'Avignon, vous a montré une très-curieuse tumeur éburnée des fosses nasales, qu'il avait enlevée avec succès.

Je ne fais que vous rappeler la curieuse observation d'hydro-encéphalocèle envoyée par M. Belin, avec un rapport de M. Stoltz; la tumeur de la vulve présentée par M. Prestat, le molluscum éléphantiasique de M. Chedevergne, la petite tumeur formée par la prolifération du tissu unguéal, qu'a étudiée M. Broca, et enfin, pour clore

cette liste de faits rares ou curieux, ces perforations spontanées du crâne offertes par M. Larrey. Ces curieuses lésions ont été dessinées dans nos bulletins.

Messieurs, les faits dont il me reste à vous entretenir mériteraient de plus grands développements ; c'est à peine si je pourrai indiquer leur importance.

La question des anesthésiques s'est représentée dans vos discussions sous une nouvelle forme. M. Bouvier est venu vous communiquer une observation de mort survenue sous le chloroforme chez un enfant de quatre ans. Un second enfant du même âge n'échappait qu'à grand' peine à des accidents très-graves dus à la même cause. Que devenait, en présence de ce fait que notre collègue empruntait à M. Hüter, que devenait l'immunité accordée à l'enfance ? Au moins serait-il nécessaire, demandait M. Bouvier, d'abaisser au-dessous de quatre ans la période d'immunité que les statistiques permettaient d'élever au-dessous de sept ans. M. Giralès venait de rappeler un cas de Casper chez un enfant âgé de moins de quatre ans, et déclarait nettement que, pour lui, l'immunité de l'enfance n'existait pas.

Fallait-il conclure que le chloroforme ne devait pas être administré aux enfants, ou qu'il ne fallait plus ne le donner, comme chez l'adulte, que pour les opérations graves ? en rester privé pour les examens ou explorations difficiles ? En aucune façon, car le chloroforme est, en définitive, peu dangereux d'une manière absolue, et surtout chez les enfants. Il faut donc continuer à s'en servir, et cela au grand bénéfice des petits patients, dont on ne pourrait souvent triompher d'une autre façon.

Telle a été, en effet, l'opinion de la Société.

Mais la discussion s'était écartée de son point de départ, et M. M. Perrin avait soutenu avec beaucoup de force, contre M. Le Fort, que le chloroforme n'agissait pas sur les globules sanguins, que les malades chloroformés étaient, avant tout, exposés à la syncope. De là des règles de traitement, des règles d'administration du chloroforme vivement rappelées par MM. Chassaignac et Giralès, règles auxquelles chacun doit s'astreindre, règles qu'il faut enseigner et apprendre avant d'administrer le puissant anesthésique.

Quelque sommaire que soit ce résumé, peut-être en ai-je assez dit pour donner une idée de l'importance de cette nouvelle discussion qui a eu, comme corollaire presque obligé, une nouvelle exhibition des moyens destinés à pratiquer l'anesthésie locale.

L'éther pulvérisé, et dont le jet est projeté sur la partie à insensibiliser, ou le sulfure de carbone proposé par M. Delcominète, tels sont les moyens que vous avez étudiés. Il est résulté des observations pré-

entées par MM. Le Fort, Foucher, Velpeau, Désormeaux, Laborie, Perrin, Labbé, Broca, que l'emploi de ces moyens ne saurait faire renoncer au réfrigérant le plus usuel, à la glace, et que l'anesthésie ainsi provoquée n'était que superficielle et passagère. On ne saurait cependant méconnaître que le jet d'éther pulvérisé ait une puissance de réfrigération plus grande que l'éther versé sur une partie et vaporisé à l'aide du soufflet, mais il cède au sulfure de carbone comme rapidité et intensité de réfrigération.

L'une des grandes questions qui préoccupent chaque année la Société, est celle des amputations. A part quelques communications sur les moignons coniques, la Société s'est seulement occupée des amputations susmalléolaires ou tibio-tarsiennes. C'est un de vos sujets privilégiés. Aujourd'hui complètement réhabilitées parce qu'elles posent, moins la vie des opérés, les amputations de l'extrémité inférieure de la jambe ont les préférences de tous les chirurgiens. Mais dit-on, en principe, préférer l'amputation susmalléolaire à l'amputation tibio-tarsienne? C'est là ce que M. Laborie a défendu devant nous. Il est incontestable que l'amputation susmalléolaire pratiquée par lambeau postérieur épais et long, avec une cicatrice antérieure, donne les meilleurs résultats, et M. Laborie vous en a montré de si beaux spécimens. M. Verneuil a, de son côté, apporté à l'appui

l'amputation tibio-tarsienne de très-bons résultats. Mais il convient que, chez les lymphatiques ou les scrofuleux, la cicatrisation, vu l'étendue des surfaces, serait plus longue à obtenir. Néanmoins, la plus grande longueur du membre, le point d'appui plus solide, le résultat parfait lorsque l'on prend le lambeau à la manière de J. Roux (de Toulon), assurent à cette amputation une incontestable utilité dans les cas de traumatisme. Nous n'insisterons pas davantage sur ce sujet, qui a été l'objet d'observations présentées par M. Laborie, Verneuil, Larrey, Le Fort et Désormeaux.

Les moyens à opposer aux maladies qui enlèvent nos blessés ou nos opérés devaient encore attirer votre attention. Mais les causes peuvent déterminer les revers chirurgicaux ne devaient pas moins éveiller l'éveil.

Si bien différente de ce qu'elle était encore au commencement de ce siècle, la chirurgie veut être de plus en plus médicale. Aussi la communication de M. Verneuil sur les gangrènes diabétiques, et les citations qu'il nous a adressées relativement à l'étude de l'influence des diathèses sur le résultat des opérations, ont-elles reçu avec le plus empressement. Tout en établissant des réserves très-nettement exprimées par M. Larrey, chacun de nous est disposé à tenir compte, chez ses opérés, de tout ce qu'un examen médical vraiment

scientifique et complet saura lui apprendre. Quant à la question des indications, ou plutôt des contre-indications apportées à l'emploi des moyens chirurgicaux chez les diabétiques, par exemple, elle ne pourra être posée que lorsque des faits auront été recueillis. Les préceptes les plus rationnels ont été formulés par MM. Legouest, Larrey, Trélat, Demarquay; mais, ainsi que l'a remarqué M. Legouest lui-même, la question reste encore tout entière.

Vous avez entendu lire et discuter, dans vos dernières séances, les rapports présentés par M. L. Labbé sur les moyens préconisés par MM. Labat (de Bordeaux) et notre collègue dans les hôpitaux, M. Marc Sée, contre l'infection purulente. L'ergotine vous a inspiré peu de confiance, parce que cette préparation ne semble pas renfermer les principes véritablement thérapeutiques de l'ergot. Les pansements à l'alcool, qui aujourd'hui renaissent et dont on généralise l'emploi, ont été ingénieusement étudiés et employés par M. Sée; mais ce sont là des questions encore à l'étude que vous voyez entreprendre avec plaisir, et dont vous voudriez favoriser la réussite.

Mais il faut le reconnaître, les questions d'hygiène dominent aujourd'hui vos préoccupations quand il s'agit d'assurer le résultat des opérations. Déjà vous avez affirmé cette tendance dans la discussion sur l'hygiène des hôpitaux en général. Cette année, vous l'avez mieux établie encore en discutant sur l'hygiène des maternités. J'ai été trop directement mêlé à ce débat pour faire autre chose que le rappeler. Mais je faillirais à mes convictions si je ne déclarais encore une fois que l'utilité d'une hygiène bien entendue, scientifique en un mot, est la base sur laquelle doit s'appuyer la prophylaxie des affections puerpérales. Dans cet ordre de travaux, vous avez donc encore fait œuvre d'utilité, et l'ouvrage de M. Le Fort, les communications de MM. Tarnier et Trélat marqueront parmi vos travaux. L'avis qu'a bien voulu nous demander notre collègue, M. Oré, à propos de la maternité de Bordeaux, était une marque de flatteuse estime à laquelle nous nous sommes empressés de répondre.

Messieurs, d'importantes discussions sont, vous le voyez, engagées devant la Société, et y seront tôt ou tard reprises. Je pourrais ajouter à celles dont je vous ai indiqué le sujet, celles qui déjà sont indiquées sur le traitement de l'arthrite purulente, ou qui déjà sont brillamment inaugurées sur le trépan, par exemple.

Mais ce serait empiéter sur vos travaux à venir, lorsque je sens que je n'ai pu qu'à grand-peine vous donner l'aperçu rapide de ceux que vous m'aviez chargé de recueillir pendant le cours de cette année.

RAPPORT SUR LE PRIX DUVAL.

Messieurs,

La Société de chirurgie a reçu cette année, pour le concours du Prix Duval, plusieurs thèses possédant de réelles qualités.

Celles de M. Nicaise, sur les lésions de l'intestin dans les hernies ;
F. Spiess, sur l'intervention chirurgicale dans la rétention d'urine ;
F. Rondeau, sur les affections oculaires réflexes et l'ophtalmie pathique, méritent les éloges les plus sincères.

Il est avec regret, et pour ne pas amoindrir les récompenses que vous décernerez en les multipliant, que votre commission a dû se borner à vous les signaler.

Parmi les bonnes thèses confiées à votre examen, deux nous ont paru les meilleures que les autres, et ont été l'objet d'une sérieuse attention : ce sont celles de M. Desmares (du Havre), sur les applications de l'iridectomie au traitement de la cataracte, et de M. Louis Mas, sur la pneumatocèle du crâne.

Permettez-moi de vous donner un aperçu rapide de ces deux travaux remarquables à des titres différents.

M. Desmares n'a pas étudié l'iridectomie en général ; il a préféré, et l'en félicite hautement, circonscrire son sujet au traitement de la cataracte, et il l'a étudié avec un soin extrême. Il s'agissait là, Messieurs, d'une question fort controversée. Ayant été élevés, comme sait naguère M. Richet au sein de la Société, dans la crainte de lacer l'iris pendant l'opération de la cataracte, ce n'est pas sans un grand étonnement que nous vîmes ériger en méthode ce que nous considérions comme un accident des plus fâcheux. Vous savez que les chirurgiens, M. de Graefe entre autres, font toujours la section de l'iris avant d'extraire le cristallin, tandis que la plupart des chirurgiens français considèrent encore cette pratique comme absolument inutile. M. Desmares s'est proposé de rechercher les indications et les contre-indications de cette opération. S'inspirant de la prudence attentive et prolongée de tout ce qui a été écrit à cet égard, dans les hôpitaux et les cliniques spéciales, notre jeune confrère est parvenu, dans ce sujet obscur et difficile, à poser des conclusions dont la justesse a frappé votre commission.

M. Desmares repousse l'iridectomie comme méthode générale appliquée au traitement de la cataracte, et, sauf les cas spéciaux qu'il détermine, ne la réserve pour les cataractes compliquées. Ainsi :

Dans tous les cas où il y a un état inflammatoire chronique des membranes internes de l'œil ;

Lorsque des inflammations antérieures ont laissé des synéchies, des fausses membranes pupillaires ;

Dans le cas de leucome central de la cornée ;

Lorsqu'il y a une complication de glaucome ;

Dans les cas de fausse cataracte qu'on ne peut opérer par la dissection, etc.

En résumé, messieurs, M. Desmares a fait un travail essentiellement original ; il a traité avec lucidité un sujet neuf et obscur, et a rendu ainsi service à la science.

Alors qu'il était interne de M. le professeur Denonvilliers, à la Charité, en 1865, M. Thomas eut l'heureux hasard d'observer un malade affecté d'une tumeur fort singulière du crâne. Elle occupait toute la partie latérale droite de la tête, depuis l'apophyse orbitaire externe et l'apophyse mastoïde, jusqu'à la suture sagittale. A la percussion, elle rendit un son tympanique : c'était une tumeur gazeuse. Aidé des conseils de son savant chef de service, M. Thomas étudia soigneusement son malade. Recherchant ensuite les cas analogues, mettant à profit l'observation de M. Jarjavay, le mémoire de M. Costes (de Bordeaux), il nous a donné une monographie fort intéressante, et la pathologie chirurgicale s'est enrichie de l'histoire complète d'une maladie dont la plupart ne soupçonnaient pas l'existence.

Voici en quelques mots ce qui forme le fond du travail de M. Thomas :

Sans que l'on puisse invoquer ni le traumatisme ni l'inflammation, il se produit, chez quelques très-rares sujets, une atrophie d'abord, et plus tard une perforation de la table externe des os du crâne au niveau des sinus frontaux et des cellules mastoïdiennes. Il en résulte un passage de l'air atmosphérique entre le péricrâne intact et les os de la tête. Sous l'influence des expirations forcées, l'air s'engageant fortement, soit dans les sinus frontaux, soit dans l'oreille moyenne, soulève peu à peu le péricrâne, le décolle. Mais cette membrane adhérent fortement aux sutures, on conçoit de suite la formation d'une tumeur gazeuse très-bien limitée.

Un fait remarquable, qui paraît être constant et sur lequel insiste l'auteur, c'est l'altération de l'os en contact avec l'air. Au lieu d'une surface lisse, ce ne sont plus que saillies et dépressions irrégulières. Cette curieuse lésion est certainement liée au décollement du péricrâne, car elle disparaît rapidement lorsque l'enveloppe fibreuse est maintenue appliquée sur le plan osseux.

Le gaz contenu a été analysé par M. Fordos, pharmacien de la

arité. C'est de l'air atmosphérique tel qu'il se modifie au contact nos tissus : augmentation d'azote et d'acide carbonique, diminution d'oxygène.

Il n'est pas nécessaire, messieurs, d'insister sur les symptômes, ils se devinent aisément, une fois connue la nature de la maladie. M. Thomas conseille avec raison, pour tout traitement, une commission méthodique.

Après avoir étudié et discuté la valeur comparative des deux séries dont je viens de vous présenter une courte analyse, votre commission vous propose :

Décerner le prix Duval à M. le docteur Louis Thomas (de Tours), pour sa thèse sur le pneumatocèle du crâne.

Une mention honorable à M. le docteur Desmares (du Havre), pour sa thèse sur les applications de l'iridectomie au traitement de la cataracte.

TABLE

ALPHABÉTIQUE ET ANALYTIQUE

DES MATIÈRES

RÉDIGÉE PAR LE SECRÉTAIRE ANNUEL.

A

vés du foie, 519.
ation des dents sans douleur par l'électricité, 471.
ocution du président, 5, 6.
ération des os du bassin pouvant simuler la coxalgie, 435.
putation tibio-tarsienne, 441.
— sus-malléolaire, 63.
esthésie locale par l'éther pulvérisé, 104, 108.
ivrisme traumatique du pli du coude, 454.
us contre nature, 343.
hrites diffuses du poignet, 398.
is, fracture probable, 512.

B

se-pierre nouveau, 272.

C

culs de l'amygdale, 65.
cer du pharynx et de l'œsophage, 362.
otide interne, ulcération dans le rocher, 192.
mosis, traitement, 13.
oroforme, accidents, 242, 251, 276, 303, 314, 317.

- Coagulation* du sang dans l'anévrisme artério-veineux, 464.
- Commission* pour le prix Duval, 399.
- Compte-rendu* des travaux, 525.
- Conduit* de Warthon, dilatation congéniale, 145.
- Constriction* permanente des mâchoires, 364.
- Couteau* galvano-caustique, 43.
- Coxalgie*, appareils de traitement, 96, 102, 108, 169, 492.
- Crampe* des écrivains, appareils, 489.
- Crâne*, fracture, trépanation, 508, 514, 516.
 - perforation, 30, 33.
- Cristallin*, luxation congéniale, 46, 55.
 - luxation sous-conjonctivale, 400.
- Cuisse*, désarticulation, 167.
 - fracture, emphysème traumatique, 488.

D

- Désarticulation* de la cuisse, 167.

E

- Ectromélie*, 380, 383.
- Élections* du bureau pour 1867, 524.
 - de commissions, 2, 444, 513, 524.
 - de correspondants étrangers, 3.
 - — nationaux, 2.
 - de membres associés étrangers, 2.
 - de membres titulaires, 42.
 - d'un membre honoraire, 242.
- Évidement* des os, 493.
- Exostose* de croissance, 310, 313.
 - de l'extrémité inférieure du péroné, 295.
- Extirpation* de l'astragale, 441.
 - de l'utérus, guérison, 167.

F

- Fémur*, décollement de l'épiphyse inférieure, 120.
 - fractures condyliennes, 471.
 - fracture double compliquée, 393.
- Fèvre* puerpérale, contagion, épidémies, 241.
- Fistule* branchiale, 472.
- Fistules* pharyngiennes bilatérales, 10.
- Fosses nasales*, tumeur éburnée, 145.
- Fracture*, bicondylienne de l'humérus, 424.
 - de cuisse, emphysème traumatique, 488.
 - double compliquée des fémurs, 393.

ture du péroné et du tibia, 271.
— multiple de l'omoplate, de la clavicule de l'humérus, luxation de l'épaule, pseudarthrose, 297.
ture probable de l'axis, 512.

G

gano-caustique chimique, 7.
grène diabétique, 467, 474.
— de la jambe, 234.
gu, tumeur fibro-plastique, amputation, récurrence, mort, 454.
ides sudoripares, lésions dans l'ulcération chancreuse simple, 390.
ulations des conjonctives, traitement, 11.

H

che, luxations congénitales, 252, 318, 329, 334.
nie obturatrice, 436.
hérus, luxation sous-glénodienne, 48, 52.
— fracture bicondylienne, 424.
— pseudarthrose, résection, suture, 462.
— résection de l'extrémité inférieure, 29.
ro-encéphalocèle, 328.
ième hospitalière, 44, 311.
ertrophie sénile de la prostate, 262.

I

bilion et son rôle en pathologie, 504.

J

e, gangrène, 234
tumeur fibro-plastique, 76.

L

ie, lipome, 94.
ires des artères avec des fils métalliques, 242.
de la paume de la main, 250.
ur de Villatte, 191.
ion en dehors de l'articulation huméro-cubitale, 519.
sous-glénodienne de l'humérus, 48, 52.
congénitale de la hanche, 252, 318, 329, 334.
sous-conjonctivales du cristallin, 400.

M

- Mâchoires*, constriction permanente, 364.
Maternités, discussion, 44, 110, 121, 148, 175, 194, 210, 236. Conclusions, 239.
Maternité de Bordeaux, 417.
Moignons coniques, résection, 328.
Molluscum éléphantiasique, 194.
Mort de Daniel Brainard, 405.
— de Goyrand, 313.
— de Michon, 210.

O

- Oeil artificiel* pour l'étude ophthalmoscopique, 385.
Ophthalmies catarrhales, scrofuleuses, ulcéreuses, vésiculeuses, traitement, 10.
— purulente, 12.
— purulente des nouveau-nés, discussion, 13, 57, 66, 83, 84, 107.
Ostéomyélite du tibia, 405.
Ovariectomie, 445, 519.

P

- Palatoplastie*, 426.
Perforation double du crâne, 30.
— spontanée du crâne, 33.
Péroné, fracture et fracture intra-articulaire du tibia, 271
— exostose de l'extrémité inférieure, 295.
Pharynx, fistules bilatérales, 10.
Phlegmon péri-utérin, 307.
Polypes fibreux de l'utérus, 480.
— naso-pharyngiens, 18, 34, 46, 55, 57, 263.
— — opéré par la ligature, 93.
Prix Duval pour 1865, 3. Rapport, 539.
Production irrégulière du tissu unguéal, 403.
Prostate, hypertrophie sénile, 262.
Pseudarthrose du fémur, 27.
— de l'humérus, résection, suture, 462.

R

- Rectum*, tumeur fibreuse, 318.
Résection de l'extrémité inférieure de l'humérus, 29.
— sous-périostées articulaires, 266, 459, 481.
Résorption purulente, 499.
Rétrécissement syphilitique de la trachée, 100.
Rocher, carie, ulcération de la carotide interne, ligature de la carotide primitive, 172.

S

- Saillie* de l'os après l'amputation, autoplastie par glissement 440.
Stomatoscope, 32.
Suture des os dans les pseudarthroses, 464.
— des os, 471.
Syphilis, rétrécissement de la trachée, 100.

T

- Testicule*, tumeur kystique, 343.
Trachée, rétrécissement syphilitique, 100.
Trépanation du crâne, 508, 514, 516.
Tumeur éburnée des fosses nasales, 145.
— fibreuse du rectum, 378.
— fibro-plastique du genou, amputation, récurrence, mort, 454.
— fibro-plastique de la jambe, 76.
— kystique du testicule, 343.
— du testicule, 355, 371.
— de la vulve, 234.

U

- Ulcération* de la carotide dans le rocher, 192.
Utérus, extirpation, 167.
— polype fibreux, 480.

V

- Vulve*, tumeur, 234.

TABLE DES AUTEURS

A

BRÉE, 445.

| AZAM, 327.

B

OT, 5, 16, 84, 87, 236, 238, 308,
328, 377, 416, 421, 422, 423, 504.
IKEL, 481.
INET, 192, 237, 247, 250, 264, 267.
UVIER, 96, 99, 102, 109, 242, 248,
305, 315, 318, 325, 334, 340.

BROGA, 3, 5, 17, 40, 43, 44, 48, 51,
93, 95, 106, 147, 172, 175, 269,
295, 310, 318, 328, 329, 341, 382,
403, 404, 422, 424, 433, 458, 462,
466, 508, 512.
BRUCKE, 32.

C

RVILLE, 436.
ZENAVE, 311, 440, 493.
ASSAIGNAC, 16, 38, 40, 55, 85, 87,
99, 101, 191, 192, 194, 237, 238,
247, 251, 265, 303, 308, 343, 353,
371, 376, 398.

CHASSIN, 167.
CINISELLI, 7.
CLOQUET (J.), 33.
COLSON, 272.
CULLERIER, 445.

D

NYAU, 191.
VAT, 107.
DUISSE, 511c 516, 519.
VALZ, 262.
MARQUAY, 39, 43, 98, 100, 101, 104,
05, 247, 249, 250, 269, 272, 352,
53, 354, 361, 362, 369, 376, 377,
78, 422, 462, 471, 476, 478, 479,
80, 486, 488, 491.
AUL, 1, 15, 16, 76, 241, 275, 308,
64, 434, 504, 519.

DE SÈRÉ, 49, 57.
DÉSORMEAUX, 56, 65, 66, 105, 192,
444, 480, 481, 489.
DESPREZ, 18, 40, 55, 250, 317, 352,
354, 368, 398, 405, 410, 424, 457,
464, 466, 471, 472, 491, 507.
DIONIS DU SÉJOUR, 76, 297.
DOLBEAU, 26, 34, 49, 85, 95, 120, 275,
390, 457, 471.
DUMONT, 380.

F

URY, 424.
LIN, 14, 46, 47, 56, 94, 192, 377, 400.

| FOUCHER, 101, 104, 311, 389.

G

GALEZOWSKY, 403.	GUÉRIN (A.), 21, 29, 33, 120, 307, 308.
GIRALDÈS, 6, 57, 62, 66, 99, 108, 110,	309, 367, 368, 493, 519.
148, 169, 209, 210, 239, 249, 252,	GUERSANT, 98, 195, 275, 316, 377.
313, 314, 317, 318, 334, 382, 404,	445.
426, 440, 441, 445, 480, 481, 513.	GUYON, 15, 49, 145, 210, 238, 353,
GUÉNIOT, 343, 445.	417, 525.

H

HERBECQ, 393,	HOUEL, 26, 41, 191.
HERVEZ DE CHEGOIN, 190, 309, 469.	HUREL, 344.
HOLMES, 242.	

J

JOLLY, 172, 508.

L

LABAT, 275, 471.	507, 511, 513, 514.
LABBÉ, 105, 191, 192, 249, 303, 310,	LE FORT, 14, 27, 44, 55, 63, 65, 71,
436, 445, 453, 488, 489, 499, 503,	98, 100, 104, 105, 108, 110, 118,
504, 507, 508.	119, 145, 169, 175, 191, 194, 236,
LABORIE, 62, 76, 105, 271, 297, 344,	237, 238, 239, 249, 252, 276, 306,
361, 398, 443, 454.	311, 343, 353, 362, 426, 433, 442,
LARREY, 1, 7, 29, 30, 42, 48, 56, 65,	471, 485, 486, 503, 513.
96, 101, 120, 143, 167, 169, 191,	LECOUEST, 3, 36, 191, 192, 368, 369,
250, 251, 263, 297, 303, 363, 368,	441, 468, 479.
378, 382, 398, 400, 404, 416, 424,	LEROY d'Étiolles, 493.
433, 440, 443, 456, 458, 469, 471,	LIZÉ, 474.
477, 479, 485, 490, 493, 503, 504,	

M

MANJOLIN, 28, 57, 63, 70, 83, 86, 108,	MONTEILS (de Mende), 405.
251, 313, 315, 426, 435, 464, 503.	MOUCROT, 263.

N

NOGUES, 393.

O

OLLIER, 263, 265, 266, 270, 459.

P

PAMARD fils, 145.	316, 318, 385, 390, 403, 440, 486,
PANAS, 301, 504.	487, 489, 519.
PERRIN, 32, 47, 56, 105, 143, 145,	PHILIPPE, 440.
247, 248, 249, 252, 280, 305, 306,	PRESTAT, 234.

R

ET, 65.		ROUX (Jules), 167.
EGON, 120.		

S

BAZIN, 472.		SERRES, 10, 13, 14, 17.
ILLOT, 493.		SISTACH, 519.
(Marc), 489.		

T

NIER, 16, 29, 52, 110, 119, 121,		175, 190, 236, 238, 239, 251, 303,
30, 237, 421, 422, 423.		327, 328, 362, 381, 383, 404, 417,
BERRY-MIEG, 519.		421, 423, 426, 433, 435, 440, 443,
LAUX, 352, 364, 376, 380, 382,		461, 462, 468, 471, 477, 479, 487,
89, 400, 403, 454, 457, 458, 465.		491, 503.
ÉLAT, 15, 47, 56, 86, 87, 96, 148,		

V

PEAU, 7, 13, 37, 104, 105, 106,		326, 327, 328, 335, 340, 351, 352,
37, 238, 250, 400, 416, 424, 487,		353, 355, 366, 367, 369, 381, 390,
88, 502, 507, 519.		403, 404, 416, 434, 441, 443, 444,
RNEUIL, 1, 7, 18, 26, 37, 39, 46,		467, 470, 474, 478, 479, 488, 492,
51, 52, 55, 92, 99, 100, 101, 147,		493, 513.
192, 194, 238, 252, 265, 270, 311,		

1-25

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ
IMPÉRIALE
DE CHIRURGIE
DE PARIS

SÉANTE RUE DE L'ABBAYE.

SÉANCE DU 2 JANVIER 1867.

Présidence de M. GIRALDÈS.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

les journaux de la semaine ;

le *Bulletin général de thérapeutique* ;

les *Archives générales de médecine*.

— M. le docteur E. Cruveilhier écrit pour demander à être inscrit sur la liste des candidats à la place de membre titulaire.

— M. Lanelonge, de Saint-Martial (Gironde), adresse une observation d'emphysème traumatique. (Comm. : M. Labbé.)

— M. Sédillot adresse la lettre suivante :

La question de la régénération des os est assez importante pour que je ne craigne pas d'appeler de nouveau l'attention de la Société sur quelques points de ma dernière communication, qui pourraient n'avoir pas été parfaitement compris.

Deux méthodes sont en présence.

L'une, à laquelle Larghi a donné la dénomination générale de résections sous-périostées, se fonde sur l'idée que le périoste détaché isolé à l'état de gaines ou de lambeaux, des os subjacents, que l'on enlève et que l'on enlève, les reconstitue et les reproduit.

2^e série. — TOME VIII.

L'autre méthode, que j'ai appelée évidemment sous-périosté, a pour doctrine que le périoste resté adhérent aux os peut seul les régénérer. et que l'os subjacent doit être, par conséquent, ménagé et conservé avec le plus grand soin.

Dans notre conviction, nous serons très-prochainement témoins d'un sauve qui peut général parmi les partisans actuels des résections sous-périostées, et nous les verrons se défendre à qui peut mieux de les avoir jamais adoptées et soutenues.

Nous nous étonnons même qu'une méthode si peu rationnelle, si dénuée de fondement, et si contraire à tous les enseignements de l'art ait pu résister jusqu'ici aux critiques et aux démonstrations négatives dont elle a été l'objet. Sa nullité radicale et sa condamnation définitive ressortent cependant d'une expérience très-simple indiquée par Bacon, conseillée par notre éminent physiologiste Claude Bernard, et que l'on peut appeler élémentaire.

Quand on croit avoir découvert la cause d'un phénomène, disait Bacon, il faut renverser l'expérience, c'est-à-dire supprimer la cause ou le déterminisme, et voir si l'effet continue à se produire.

C'est un procédé d'analyse et de contrôle qui est mis tous les jours en usage en physique et en chimie, et dont la valeur est absolue.

Le beau traité de M. Claude Bernard, sur la méthode expérimentale, a montré tout le parti qu'on devait également en tirer en biologie.

Comment donc se fait-il que des chirurgiens, habitués cependant aux difficultés et aux périls de l'observation, soient frappés d'aveuglement à ce sujet et se mettent aussi formellement en contradiction avec l'évidence ?

On prétend que les gaines périostées reproduisent les os ! La vérification est très-facile : enlevez la gaine périostée, supprimez-la, et vous verrez si l'os continue à se produire. Si l'os ne se reproduit plus, la démonstration confirme votre supposition. Si, au contraire, l'os se reforme et se régénère, il est parfaitement certain que ce n'est pas la gaine périostée enlevée qui a pu le reconstituer puisqu'elle n'existait plus. Dans ce cas, il faut rechercher d'autres causes productrices et renoncer à une hypothèse insoutenable, à moins de fermer volontairement les yeux à la vérité.

Ces preuves, ces démonstrations, ont été données depuis longtemps.

Heine avait déclaré que les os se reproduisaient moins bien sans périoste, mais qu'ils se reproduisaient.

M. le docteur Marmy, dans son travail sur la régénération des os. inséré dans les *Mémoires de l'Académie de médecine* (tome XXVII.

is, 1866), a pratiqué comparativement un certain nombre de résections, avec ou sans conservation du périoste et, résultat bien remarquable, les os réséqués avec le périoste ont été fortuitement plus pleins et plus réguliers que ceux dont le périoste avait été conservé.

Notre consciencieux et regretté collègue, M. le docteur Michon, a les os reproduits, il s'est assuré de l'habile et savante exactitude des expériences, et après avoir étudié la question avec toute l'attention scrupuleuse qu'il apportait dans l'accomplissement de ses devoirs, traité les résections sous-périostées, de chirurgie de laboratoire l'aventure.

Toute la Société de médecine de Strasbourg a eu sous les yeux les os pathologiques recueillies par M. Marmy, et chacun peut encore aujourd'hui les étudier au muséum anatomo-pathologique du Val-de-Grâce, où elles ont été déposées.

Les expériences n'ont soulevé aucune critique ni aucun doute, et elles imposent cette conclusion définitive et absolue : que les gaines osseuses lambeaux périostés ne sont pas la cause des régénérations osseuses, et que la méthode des résections sous-périostées repose sur une déplorable illusion.

Il ne suffisait pas de montrer l'erreur et la gravité de ses conséquences, puisqu'une foule d'opérations ont été pratiquées sur l'homme, sous l'empire de ces idées aussi fausses qu'irréalisables, il importait encore d'expliquer les causes et le mécanisme des reproductions osseuses que la chirurgie a observées de tout temps, et c'est ici que je reprends la démonstration dont ma dernière communication était le sujet.

Le périoste isolé ne reproduit rien, le périoste adhérent reproduit parfaitement les os dans certaines conditions d'hyperplasie sur lesquelles nous nous proposons de revenir plus tard, pour les mieux caractériser.

Nous n'examinerons pas, en ce moment, l'opinion de M. Ranvier, qui, dans un travail remarquable, considéré le périoste comme une membrane purement fibreuse, ne possédant aucune propriété ostéogène. C'était aussi l'avis de Bichat, et M. Ranvier rapporte à l'os lui-même et à une sphère de cellules médullaires, dans laquelle il se forme, la couche ostéogène qu'il différencie nettement de sa membrane fibreuse d'enveloppe.

Nous prenons le périoste tel qu'il est généralement décrit et accepté, et nous le voyons produire de la matière osseuse en grande abondance, dans tous les cas où l'os subjacent a été cautérisé, traité par un corps étranger, bourré de charpie et évidé.

Dans l'état fœtal, les os présentent un certain nombre de points

d'ossification qui s'étendent par irradiation, projettent en tous sens de la matière osseuse, dont la rencontre avec les pièces osseuses voisines constitue, soit la continuité et la fusion d'un seul os, soit des épiphyses, plus ou moins longtemps séparées des diaphyses par une couche cartilagineuse si bien étudiée par M. Broca.

Les travaux originaux de M. Serres, la publication de MM. A. Rambaud et Ch. Renault, sur l'origine et le développement des os, ne laissent aucun doute à ce sujet.

Il en est de même, jusqu'à un certain degré, des ossifications pathologiques.

L'os se reproduit directement, sans passer par la forme cartilagineuse, et il naît de tous les points où le périoste, adhérent à l'os subjacent, a conservé sa vitalité et acquis, par suite d'un traumatisme, d'énergiques propriétés ostéogéniques. On voit alors la matière osseuse, représentée par des îlots, des mamelons, des aiguilles, des embranchements distincts, se réunir, se tasser, s'accumuler et occuper tous les espaces libres qui lui sont offerts, s'y mouler et prendre très-exactement la forme des parties environnantes.

J'ai exposé ces idées dans un mémoire ayant pour titre : *De l'influence des causes mécaniques sur la forme et le développement des os : moulage de ces organes par des matières solidifiables injectées dans leurs gaines périostées*. (Communication à l'Académie des sciences, 16 janvier 1865.)

Je montrais que la conservation du périoste avait pour principal mérite d'offrir un moule plus régulier à la matière osseuse, destinée à reproduire de nouveaux os, et c'est là en effet le seul avantage à invoquer en faveur des résections sous-périostées, avantage déjà signalé par Malgaigne et par nous, il y a déjà un assez grand nombre d'années.

Les figures 4, 5 et 6, que j'ai eu l'honneur d'adresser à la Société de chirurgie, permettaient d'apercevoir et de suivre les progrès de ces ossifications régénératrices, si faussement attribuées aux gaines et aux lambeaux du périoste conservé.

Je craindrais de fatiguer l'attention de la Société par une plus longue insistance sur ce sujet, et je me bornerai à dire que toutes ces idées sont conformes à la tradition chirurgicale, aux faits cliniques de régénérations osseuses dont nos annales sont remplies, et aux expériences sur les animaux.

LECTURE.

— M. ED. CRUVEILLIER fait une lecture sur un cas de *fistule congénitale du prépuce*.

COMMUNICATIONS.

- **M. SERRES**, d'Alais, communique un fait d'ovariotomie suivie succès, qu'il a pratiquée cette année.

Le fait présente les particularités suivantes :

La malade, qui avait une apparence chétive, était néanmoins dans d'excellentes conditions morales, et elle a supporté l'opération avec grand courage et une très-grande force d'esprit.

L'opération a été pratiquée suivant les règles habituelles. Le péritoine, très-large, et des adhérences ont nécessité un peu de lenteur dans les manœuvres, et il a été remarqué qu'au niveau des points où les adhérences avaient été déchirées, il y avait seulement un peu d'effusion sanguine. La malade, d'ailleurs, ne perdit presque pas de sang.

Le rétablissement eut lieu promptement : il resta un petit point douloureux au niveau de la suture, et qui depuis saigna au moment de l'époque menstruelle. Mais ce qu'il y a de plus particulier, c'est qu'il y a une éventration, une hernie de la ligne blanche sous la cicatrice.

Pendant l'opération, l'ovaire du côté opposé au kyste avait paru un peu dur, et nous nous étions demandé s'il fallait l'enlever. Je n'ai pas cru devoir le faire, parce que cet ovaire présentait le même aspect que l'ovaire de la jeune fille opérée par moi l'année dernière. Je n'y avais pas touché, et, jusqu'à ce jour, il me paraît que cet organe n'a été le siège d'aucune formation pathologique nouvelle.

M. BOINET demande si le péritoine a été compris dans la suture de la paroi abdominale. Il dit n'avoir jamais entendu dire ni remarquer que, quand la suture était ainsi pratiquée, il y ait eu une éventration.

M. SERRES, d'Alais. Le péritoine a été compris dans la suture.

M. SERRES, d'Alais, donne communication d'un travail intitulé : *Recherches expérimentales sur la vision binoculaire expliquée par la disposition des arcs rétinien*s. M. Serres part de ce principe, que l'œil reporte la sensation perçue à l'intérieur, et que cette sensation est arrêtée aux points d'intersection des axes optiques, où deux images, perçues séparément par chaque œil, se fusionnent. Appliquant ensuite, au moyen de l'horoptère, les données précédentes, il montre qu'il y a une série de positions pour lesquelles la vision optique, avec un axe secondaire, forment dans l'œil des angles dont l'un des côtés est un arc rétinien, et que ces arcs, au nombre de six, représentent tout le champ visuel de la rétine ; que, en combinant ces arcs de façon à les fusionner, on arrive à déterminer les

points où un objet est vu simple, et ceux où il est vu double. M. Serres pense que cette explication vaut mieux que la théorie des propriétés synesthésiques de points symétriques de la rétine.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Coxite aiguë compliquée d'ostéo-périostite de l'os iliaque.

M. MARJOLIN. J'ai déjà eu plusieurs fois occasion de soumettre à l'examen de la Société des cas d'ostéo-périostite avec décollement d'épiphysses, mais je ne crois pas avoir jamais observé de faits dans lesquels des lésions aussi graves se soient produites en aussi peu de temps.

L'enfant qui fait le sujet de cette observation est une petite fille de quinze ans, assez grande, mais très-grêle. Dans la maison où elle était en apprentissage, elle était chargée des commissions, et c'est peut-être à cette cause qu'il faut attribuer le genre d'affection auquel elle a succombé. Le 14 décembre dernier, elle rentra chez sa mère, ayant du malaise, du frisson, et se coucha. Au premier moment, on crut que les douleurs dont elle se plaignait dans la hanche étaient dues à du rhumatisme ; on fit des frictions, on appliqua des cataplasmes émollients, et l'enfant resta au lit. Malgré ces soins, les douleurs et la fièvre augmentant, elle fut conduite, le 17 décembre, à Sainte-Eugénie, et placée dans un service de médecine comme atteinte de rhumatisme articulaire. Le 21, ayant été appelé à la voir, je trouvai l'enfant très-abattue et ayant beaucoup de fièvre. Elle était couchée sur le dos, le membre abdominal gauche demi-fléchi et tourné dans la rotation en dehors ; la fosse iliaque gauche était un peu tendue, douloureuse, le pli de l'aîne effacé par la tuméfaction. Le moindre mouvement imprimé occasionnant les plus vives douleurs, j'eus beaucoup de peine à la faire coucher sur le côté droit pour examiner la hanche gauche, qui était très-tendue, surtout au-dessus du grand trochanter. En cherchant avec beaucoup d'attention si je ne trouverais pas de collection purulente, je sentis profondément la fluctuation au-dessus du grand trochanter ; certain alors que j'avais affaire à une ostéo-périostite profonde, intéressant probablement l'articulation coxo-fémorale, je plongeai un bistouri jusqu'au-dessus du bourrelet cotyloïdien, et le long de la lame je glissai une sonde canelée, et je sentis l'os à nu. Immédiatement du pus s'écoula ; je retirai alors le bistouri droit, pour débrider plus largement avec un bistouri boutonné, et après avoir cherché inutilement si je ne trouverais pas le moyen de faire une contre-ouverture et de passer un drain, je me contentai d'introduire une grosse sonde pour faciliter

ulement du pus et me donner le moyen de faire des lavages. A la suite de cette opération, la malade éprouva un soulagement notable. La hanche devint moins tendue, moins douloureuse; l'engorgement de la fosse iliaque diminua, et la cuisse put être portée dans l'extension. Pendant trois ou quatre jours, l'amélioration, qui coïncidait avec le libre écoulement du pus, me laissait un peu d'espoir; mais bientôt les symptômes généraux s'aggravèrent, les douleurs devinrent de plus en plus vives; il survint des frissons, des tremblements au siège et de l'infiltration des membres inférieurs, et enfin la malade succomba épuisée par la douleur et la suppuration.

A l'autopsie, nous trouvâmes la capsule articulaire détruite, la tête du fémur entièrement séparée; tout au pourtour du bourrelet cotyloïdien, dans la fosse iliaque externe, le périoste était détaché. Sur la tête du fémur, il n'y avait plus de trace de cartilage, non plus que dans la cavité cotyloïde, qui était perforée, désunie; enfin sur la face interne de l'os des îles, le périoste était également décollé du pus. Le col du fémur, scié suivant sa longueur, était noirâtre comme s'il avait macéré dans le pus. Tels étaient les désordres qui, en moins de vingt jours, avaient amené la mort. En attaquant dès le début l'affection, aurait-on pu prévenir les accidents? Sans répondre définitivement, je dirai que, déjà à plusieurs reprises, j'ai été témoin de ces erreurs de diagnostic, qui ont fait prendre pour des inflammations articulaires des ostéo-périostites épiphysaires. Lorsque l'on a pu, dès le début, pratiquer le débridement, j'ai été assez heureux pour prévenir de très-graves accidents, et alors, dans quelques cas, la maladie s'est terminée par une nécrose plus ou moins étendue; mais au moins j'ai pu sauver le malade. Dans d'autres cas, au contraire, lorsque la maladie avait fait déjà de grands progrès, il a fallu recourir à l'amputation, ressource trop souvent inutile, parce qu'il y avait déjà des symptômes d'infection purulente consécutive à l'ostéomyélite.

A cinq heures, la Société se forme en comité secret.

Le Secrétaire, D^r DOLBEAU.

Le 9 janvier 1867, séance annuelle.

SÉANCE DU 16 JANVIER 1867.

Présidence de M. LEGOUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Giraldès, président sortant, remercie la Société de la bienveillance dont elle l'a honoré pendant toute la durée de ses fonctions.

M. Giraldès invite M. Legouest, vice-président, à prendre le fauteuil de la présidence en l'absence de M. Follin, retenu par une indisposition.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

1° Les journaux de la semaine;

2° *Leçons de clinique chirurgicale*, professées à l'Hôtel-Dieu de Paris, par M. Dolbeau, et recueillies par M. J. Besnier, interne des hôpitaux;

3° *Études sur la régénération des os par le périoste*, par M. le docteur Marmy;

4° *De la régénération des os par le périoste*, par M. Marmy; compte rendu de M. Lisson;

5° *Comment se régénèrent les os à la suite de l'opération de l'évidement*, par M. C. Sédillot;

6° *Traité expérimental et clinique de la régénération des os et de la production artificielle du tissu osseux*, par M. L. Ollier, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

— M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture de la lettre suivante, adressée par M. Sédillot.

A M. le président de la Société impériale de chirurgie.

Monsieur le président,

J'ai l'honneur de vous adresser une nouvelle communication relative à la régénération des os. Cette question, si souvent agitée à la Société de chirurgie, n'a rien perdu de son intérêt, et j'ose espérer que vous accueillerez cette note avec votre bienveillance habituelle.

De la nullité radicale des résections sous-périostées, comme moyen de la régénération des os.

Ma dernière communication annonçait un sauve qui peut général parmi les partisans des résections sous-périostées pratiquées comme

en de régénération des os, et je pense aujourd'hui montrer, par un remarquable exemple, que cette prévision s'accomplit.

Un des principaux défenseurs de ces résections sous-périostées, M. Ollier, déclare, dans le numéro du 10 janvier courant de la *Revue des Hôpitaux*, par la voix de M. Laroyenne, son collaborateur à l'hôpital de Lyon, « que ses expériences lui ont démontré que, chez les adultes, il faut rechercher dans les résections articulaires la restitution de l'articulation, et non la reproduction de la longueur des os. »

En vertu de ces principes, une résection sous-périostée du coude, opérée par M. Laroyenne, n'avait pas amené la régénération du bras en longueur, mais seulement en conformation articulaire.

C'est sans doute inutile que je fasse remarquer à la Société de Chirurgie l'extrême réserve avec laquelle j'ai toujours évité de citer des noms propres, dans la crainte de compliquer un dissentiment scientifique d'oppositions personnelles ; mais, dans les questions de chirurgie, on est cependant obligé de parler de ceux qui les représentent, et le seul devoir est de ne jamais s'écarter des égards concrets qui leur sont dus.

En permettant au périoste détaché et isolé des os subjacents de continuer à leur rendre leur longueur ou une partie au moins de leur longueur primitive, M. Ollier revient aux véritables principes de la science. Ses expériences à cet égard étaient inutiles, car on n'a pas à démontrer ce qui est admis par tout le monde, mais dans que ce ne soit pour se prouver à soi-même qu'on s'est trompé.

Quant à la reproduction des formes, c'est encore une vérité très-connue qui n'avait rien à acquiescer des expériences de M. Ollier. On sait que les os mis en rapport et soumis à des mouvements répétés, sous l'action des muscles, dont le jeu avait été conservé, se creusent et se multipliaient de manière à reproduire des formes articulaires très-régulières et très-distinctes.

C'est ainsi que j'ai expliqué, il y a plus de vingt ans, comment les fausses articulations rencontrées sur l'os iliaque, à la suite des luxations du fémur non réduites, tendaient à représenter très-exactement la nature coxo-fémorale.

C'est encore en m'appuyant sur les mêmes raisons, que j'ai pu conclure à Lisfranc la réalité de certaines luxations incomplètes de l'humérus. Lisfranc avait montré, à l'Académie impériale de médecine, de fausses luxations de l'épaule où la tête humérale était creusée et ne partagée en deux moitiés par le bord interne de la cavité glénoïdale, et il concluait de ces dispositions que la luxation avait été

incomplète. J'ai pu alors démontrer que toutes les luxations de l'épaule primitivement complètes offraient, avec le temps, la forme d'un ginglyme, par l'usure excessive et réciproque des os en rapport.

La science est donc restée ce qu'elle était, et toute discussion à cet égard serait en ce moment inutile.

Il n'en est pas de même du fait de la régénération en longueur des os. C'est un aveu d'erreur et une rétractation qui méritent de nous arrêter un instant.

M. Ollier avait présenté à l'Académie des sciences, en 1859, une observation de résection sous-périostée du coude pratiquée par M. Verneuil. Quatre mois après l'opération, le membre avait recouvré, au minimum, 44 centimètres de longueur, qui ne pouvaient être attribués, disait-il, qu'à la production de nouveaux os. Je pensais, contradictoirement à cette assertion, qu'on pouvait douter de l'exactitude de la mensuration, et expliquer par d'autres causes un certain allongement du membre, et qu'en absence de preuves certaines de la régénération en longueur, par le périoste détaché et conservé, des os réséqués, on n'avait pas le droit de rien affirmer.

M. Ollier contesta cette manière de voir et maintint l'allongement des os de 0^m,44, produits par le périoste détaché.

Je m'adressai alors à la Société de chirurgie, à laquelle avait été présenté le malade de M. Verneuil, et je demandai qu'une commission l'examinât et rendit compte de son état. MM. Verneuil, Larrey, Morel Lavallée, furent chargés de cette mission, mais l'opéré avait quitté Paris et il ne fut plus possible de le retrouver.

Ce manque de constatation était déjà une grave objection contre un fait déclaré patent et destiné à servir de preuve scientifique; mais M. Verneuil avait lui-même publié l'histoire de son malade (*Comptes rendus de la Société de chirurgie. Gazette des hôpitaux*, du 25 juin 1859), et il ne portait qu'à 0^m,03 de longueur l'accroissement du membre.

Qu'étaient devenus les 8 centimètres observés en trop par M. Ollier? C'était une affaire à régler entre ces deux confrères, et nous n'en avons pas connu le dernier mot.

Aujourd'hui la question se représente dans des conditions tout opposées. M. Ollier, qui avait trouvé en 1859 0^m,44 d'allongement, déclare que ces allongements n'ont pas lieu et qu'on ne doit pas y compter. Il attaque par cela même M. Verneuil, qui avait constaté une régénération de 3 centimètres des os en longueur.

Le débat, comme on le voit, persiste encore, mais la position en est complètement changée. Espérons que si MM. Ollier et Verneuil ne se sont pas mis d'accord, il y a huit ans, ils y parviendront aujour-

i, en reconnaissant, comme nous l'avons toujours soutenu, que le
ste détaché et isolé n'avait rien produit.

f. les membres de la Société de chirurgie n'apprendront pas sans
if intérêt, pour la solution de la question de la régénération des
u'un de leurs collègues, dont le savoir et l'autorité sont le plus
ment appréciés, M. le professeur Richet, loin d'être partisan
éssections sous-périostées, s'est rallié à notre méthode de l'évide-
et a bien voulu lui fournir quelques faits de la plus haute im-
nce.

avait essayé de présenter M. Richet comme hésitant entre les
méthodes, et on avait reproduit, dans cette intention, un passage
n anatomie, imprimé au commencement de 1865. Depuis ce mo-
M. Richet, témoin du succès de deux évidements qu'il avait eu
sion de pratiquer, a décrit cette opération dans ses leçons à la
té de médecine et à sa clinique de la Pitié, comme un moyen
itement très-important qu'il n'hésitait pas à employer dans tous
s où la possibilité s'en offrait.

ci, au reste, les observations textuelles de M. le professeur Ri-
extraites d'une lettre communiquée à notre éminent collègue
rrey, avec autorisation de la citer.

est au commencement de 1865 que le passage qu'on a rappelé
écrit. Depuis, j'ai eu occasion de vérifier combien sont justes les
du savant professeur de Strasbourg. La première fois, ce fut sur
ne garçon de quatorze ans, neveu du docteur Gougenheim, an-
terne des hôpitaux.

avec l'assistance de ce confrère, j'ai évidé toute la partie supé-
du tibia pour un de ces cas de séquestre, simulant ce qu'on a
prement appelé des tumeurs blanches, et qui ne sont que ce que
ommé des ostéites articulaires.

avais évidé cet os avec une gouge tranchante, au point d'y
une grosse poix. C'était, je crois, au commencement de 1865.
rd'hui, ce jeune homme est complètement guéri, avec une cic-
nfoncée, et il n'est plus question de tumeur blanche.

e deuxième malade était un adulte de vingt-cinq ans, opéré
vembre 1864, à la Pitié. Je lui avais évidé totalement une
avec carie et nécrose; il ne restait qu'une faible coque os-

près cinq mois, le malade quitta mon service, avec un petit
s fistuleux par lequel sortait, de temps à autre, de la matière
me épaisse.

l'avais perdu de vue, lorsqu'il rentra dans mon service vers

les premiers jours de 1866, atteint d'une tumeur dans le pli de l'aîne, du côté opposé.

« C'était un abcès par congestion, provenant de la colonne vertébrale. Le malade était phthisique au dernier degré et mourait peu de temps après.

« J'ai alors enlevé la région opérée du tibia avec le plus grand soin. Je l'ai fait dessiner et je la possède encore aujourd'hui. Cette pièce très-curieuse montre le mode de régénération du tissu osseux après l'évidement. On voit partir de toute la circonférence de la paroi conservée, des aiguilles osseuses se rendant vers le centre de la cavité à la manière des stalactites, et il reste encore, au centre même, une petite excavation pouvant contenir un pois.

« C'est de ce point que suintait la matière épaisse, constatée par nous, jusque dans les derniers temps de l'existence, et qui ne s'en échappait qu'à de rares intervalles.

« Vous voyez que, depuis que j'ai écrit le passage extrait de mon anatomie, la question de l'évidement a marché ; dans mon esprit, elle est aujourd'hui résolue, et je donne de beaucoup la préférence à cette méthode sur celle des résections sous-périostées.

« Je n'ai d'ailleurs été jamais très-partisan de cette dernière méthode, ainsi que le prouvent la discussion que j'ai soutenue en 1863 à la Société de chirurgie (*Bulletins de la Société*, t. IV, deuxième série, p. 474), et les lettres que j'ai échangées en 1864 avec M. Ollier, au sujet de la résection du maxillaire. »

Nous n'ajouterons rien à cette citation d'où ressortent si clairement des enseignements de la plus haute valeur, sur la manière de considérer le point de départ ou le siège initial d'un certain nombre de tumeurs blanches et sur l'indication toute nouvelle de les traiter.

En déclarant irrationnelles, inefficaces et dangereuses comme moyen de régénération des os, les résections sous-périostées et les ostéoplasties par déplacement et transposition du périoste, nous devons nécessairement contester et nier les faits publiés à l'appui de cette méthode et qui nous semblaient de pures illusions.

Nous prendrons aujourd'hui pour exemple le fait dont le retentissement a été le plus grand et qui a trouvé des prôneurs et des enthousiastes dans les grands journaux, dans le public et même au sein des Académies et d'une réunion dont un ministre avait la présidence nominale. Nous voulons parler du nez osseux refait par M. Ollier, au moyen du périoste nasal ; nez vanté, acclamé, médaillé et par-dessus tout phénoménal, car notre siècle n'aurait rien produit, en chirurgie, d'aussi extraordinaire ni de si merveilleux.

Nous disons cependant que ce nez n'a jamais existé que dans

magination de ceux qui y ont ajouté foi, et en voici les raisons : Dans nos études sur la valeur des expériences pratiquées sur les animaux, nous avons depuis longtemps établi la règle que toute opération, constamment suivie de revers chez le chien, n'avait aucune chance de succès sur l'homme, et nous maintenons la vérité de cette proposition, restée jusqu'à présent sans démenti. Or les expériences de M. le docteur Marmy, insérées dans le tome XXVII des *Mémoires de l'Académie de médecine* (Paris, 1866), ont prouvé que, sur les chiens, le périoste déplacé et transposé ne produisait rien d'os. Si dans certains cas exceptionnels on pouvait constater l'apparition de quelques noyaux de matière osseuse, ces dépôts rudimentaires ne persistaient pas et n'avaient qu'une durée transitoire et passagère.

M. Marmy a détaché le périoste frontal, l'a ployé sur lui-même et accolé, l'a réuni par première intention, sans traces de gonflement ni d'inflammation et dans ces conditions remarquablement favorables l'ostéogénie; aucune parcelle osseuse n'a été produite. L'expérience a été répétée et a toujours été négative.

Ce n'est pas tout, M. le professeur Langenbeck avait été le premier à essayer de refaire l'arête osseuse nasale avec un lambeau de périoste frontal, et sa tentative était restée stérile.

La question paraissait donc jugée.

M. Ollier a dit cependant avoir été plus heureux. C'était une affirmation bien grave et qui eût mérité une éclatante démonstration.

La charge de faire la preuve dans la science, a dit un illustre académicien, *pèse sur ceux qui allèguent un fait*. Cette preuve a-t-elle été faite ? Et est-il devenu évident pour tout le monde que le nez de M. Ollier était un nez véritablement chirurgical ? Nous regrettons d'être obligé de répondre négativement, et nous sommes encore plus peiné de nous trouver en opposition avec un confrère. Mais lorsqu'il s'agit d'une question d'art, étroitement liée aux intérêts de l'humanité et de la science, toute considération personnelle doit céder à la voix supérieure de la vérité.

De quelque manière que l'on étudie les résections sous-périostées, on les voit condamnées par la tradition, par les expériences sur les animaux, par l'observation clinique, et l'on ne peut trop s'étonner que des illusions et des erreurs aussi déplorables aient pu durer si longtemps.

Veuillez agréer, etc.

C. SÉDILLOT.

Strasbourg, le 15 janvier 1867.

— **M. DESPRÉS**, à l'occasion du procès-verbal, donne lecture d'une lettre de **M. Ranvier**.

A Monsieur le président de la Société de chirurgie.

« Monsieur le président,

« Dans la dernière séance il a été donné lecture d'une note de **M. le professeur Sédillot** sur la régénération des os. Comme **M. Sédillot** fait intervenir mon nom dans le débat soulevé aujourd'hui au sujet du périoste et de sa fonction ostéogénique, j'ai cru devoir présenter quelques éclaircissements.

« D'abord, **M. Sédillot** dit que, pour juger du rôle du périoste dans l'ossification, il ne suffit pas de constater la production du tissu osseux sous le périoste, mais encore faire la contre-épreuve, c'est-à-dire voir si les os ne peuvent pas se développer quand ils sont privés de leur membrane d'enveloppe. **M. Sédillot** pourra trouver, dans le travail qu'il a bien voulu rappeler, une expérience démontrant que l'accroissement des os en épaisseur peut s'effectuer d'une manière régulière, quand bien même on a à plusieurs reprises extirpé le périoste de ces os.

« En outre, l'illustre chirurgien rapporte la manière de voir que j'ai exposée touchant les fonctions du périoste et de la moelle dans l'ossification. D'après cet exposé, on pourrait peut-être croire que je me refuse à admettre la formation du tissu osseux à la suite des transplantations périostiques et des résections sous-périostées. Cependant j'ai entièrement rendu justice à **M. Ollier**, et je ne diffère de ce savant observateur que sur l'interprétation de ses belles expériences.

« Je pense, en effet, que le périoste extirpé entraîne avec lui une portion du tissu médullaire qui recouvre la surface de l'os, et que c'est aux dépens de ce dernier tissu que se forme l'os nouveau. Cette opinion est basée sur des faits que je suis tout disposé à soumettre au jugement de la Société de chirurgie.

« Recevez, etc.

« **D^r L. RANVIER.** »

M. DESPRÉS ajoute :

Les deux expériences auxquelles fait allusion **M. Ranvier** sont les suivantes :

Sur le tibia d'un jeune rat, une rondelle de périoste est enlevée à un mois d'intervalle et la plaie est réunie par première intention (chez le rat les plaies se réunissent par première intention avec une grande facilité). A quatre mois le rat est sacrifié, et l'on trouve que

es deux tibias sont égaux en volume et en grosseur, quoique l'un d'eux eût été privé d'une notable partie de son périoste.

Lorsque l'on transplante un lambeau de périoste, s'il n'est point aclié, il y a de l'os nouveau reproduit à la face interne du périoste ; si l'on en racle une partie, cette partie ne se recouvre pas d'une couche osseuse, elle reste fibreuse. Cette expérience est celle de I. Ollier, M. Ranvier en a donné l'interprétation.

Je suis heureux, messieurs, de servir d'interprète à M. Ranvier, et de nos jeunes anatomistes qui se livre avec succès aux études micrographiques.

J'ajoute que je suis plus porté à admettre les preuves fournies par les travaux de M. Ollier et la thèse de M. Ranvier, que tous les raisonnements de M. Sédillot.

M. VERNEUIL. La résection du coude, que jadis j'ai pratiquée en conservant le périoste des extrémités articulaires, fournit, encore aujourd'hui, à M. Sédillot, l'occasion de mêler mon nom aux attaques continuelles qu'il dirige avec plus d'opiniâtreté que de succès, contre les belles recherches expérimentales et cliniques de M. Ollier.

Les explications autrefois fournies à la Société de chirurgie sur ce même fait me paraissent avoir épuisé le sujet ; par conséquent, il me paraît inutile de faire cesser un prétendu désaccord qui, suivant I. Sédillot, existerait entre M. Ollier et moi, et dont je n'ai pas connaissance.

Pour ma part, je garde d'autant plus volontiers le silence que I. Sédillot donne malheureusement à sa polémique et à ses incessantes réclamations une forme regrettable et qui s'éloigne beaucoup trop, suivant moi, des traditions académiques.

Quiconque voudrait d'ailleurs juger le litige entre le chirurgien de Strasbourg et le chirurgien de Lyon, pourra le faire sans peine, en lisant l'ouvrage dont je viens de faire hommage à la Société, de la part de son auteur.

Le livre de M. Ollier, je n'hésite pas à le proclamer, est un des plus remarquables de notre époque. Riche de faits et d'aperçus nouveaux, basé sur l'histoire, la critique, l'expérimentation et l'observation, écrit avec bonne foi et véracité, conçu dans un excellent esprit, cet ouvrage honore singulièrement la science française en général et en particulier la chirurgie lyonnaise, déjà si féconde.

C'est là qu'on trouvera réponse satisfaisante aux assertions et aux dénégations de notre collègue de Strasbourg.

RAPPORT.

De l'influence des exercices vocaux sur les résultats de la staphyloraphie.

— **M. TRÉLAT** lit un rapport sur un travail de M. Liégeois, candidat à la place de membre titulaire.

A l'occasion de ce rapport, M. Larrey et M. Trélat échangent quelques mots relatifs à l'historique de la staphyloraphie.

— **M. VELPEAU** demande que l'on insère dans les bulletins le rapport de M. Trélat. Dans ce rapport, dit-il, se trouvent formulées les indications de la staphyloraphie. On entrevoit quelles sont les causes du succès ou de l'insuccès de cette opération ; il y a, de plus, une foule de détails très-utiles pour les praticiens. M. Velpeau ajoute que parmi les promoteurs de la staphyloraphie, il faut citer Lambert et Eustache de Bézier, ainsi que cela résulte des recherches de M. Verneuil. Quant aux résultats fournis par l'opération de la staphyloraphie, ils sont variables ; mais, en général, ce qui est relatif à la prononciation laisse souvent à désirer. J'ai vu, dit M. Velpeau, bien des opérés et en particulier celui de Roux, le résultat était loin d'être parfait. Je pourrais citer, entre autres, l'observation d'une jeune Anglaise ; la suture a réussi, mais la prononciation est encore imparfaite, quoique l'opération remonte à vingt ans. Nous ignorons les raisons pour lesquelles certains opérés parlent bien, d'autres très-mal, après les sutures les mieux faites ; il faut que les observateurs s'engagent dans la voie indiquée par M. Trélat, et bientôt nous connaîtrons la cause des succès.

M. BROCA s'est demandé si l'infériorité de la suture palatine sur les appareils prothétiques ne tiendrait pas à la manière dont on observait. Lorsqu'on applique un obturateur, on attend plusieurs mois avant de juger des résultats ; au contraire, on voudrait que les malades parlissent bien dès le jour où la suture est parfaite. En général, les chirurgiens négligent peut-être trop cette gymnastique physiologique sur laquelle insistent avec raison les fabricants pour faire prévaloir leurs appareils. Dans les cas de staphyloraphie, caractérisés d'heureux dans le rapport de M. Trélat, a-t-on fait usage de cette éducation particulière à laquelle je fais allusion ?

M. VELPEAU fait remarquer que les exercices de l'organe restauré sont parfois insuffisants, ainsi que le démontrent les observations, pour rétablir l'intégrité de la fonction.

M. BROCA. Les observations auxquelles M. Velpeau fait allusion sont antérieures à l'époque qui a vu naître l'idée d'une éducation des opérés en rapport avec les lois de la physiologie.

TRÉLAT. Les faits qui permettent de répondre à la demande de Broca sont encore rares. Parmi les opérés de M. Liégeois, il est un chez lequel l'éducation a produit un résultat très-satisfaisant. La staphyloraphie procure à certains malades la possibilité de tout, et chez ceux-là l'éducation doit fournir des résultats parfaits. D'autres malades restent dans l'impossibilité de prononcer certaines lettres, certaines syllabes, et cela pour des raisons encore mal élucidées. Chez ces derniers, l'éducation doit avoir peu de succès.

DESPRÉS dit qu'on peut très-bien juger de la valeur des appareils prothétiques, d'après les résultats immédiats que ceux-ci produisent, lorsqu'on les applique pour remédier à la perte de substance succède à l'extirpation des polypes naso-pharyngiens par la voie intranasale. Les malades parlent immédiatement aussi bien qu'avant l'opération.

TRÉLAT. Il faut se garder de confondre les divisions accidentelles du voile du palais avec les fissures congénitales.

La Société décide le renvoi au Comité de publication du travail de Liégeois et du rapport qui l'accompagne.

LECTURE.

DUBRUEIL donne lecture d'un travail ayant pour titre : *Luxations simultanées des trois os intrinsèques du bassin.* (Commission : MM. Trélat, Lefort et Tillaux.)

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. DE BEAUFORT présente à la Société de chirurgie un jeune homme qui a subi la désarticulation complète du pied gauche et qui porte une jambe de bois articulée.

M. de Beaufort, poursuivant sa tâche, a cherché à combler une lacune que présente la prothèse du membre inférieur. Les amputés, en ne pouvant se procurer des jambes artificielles métalliques, ont eu recours à la jambe de bois ordinaire, qui, dans les cas d'amputation sus-malléolaire et tibio-tarsienne, expose le moignon à de graves accidents.

La jambe de bois articulée inventée par M. de Beaufort, et décrite par M. Werber, se compose de deux attelles articulées à la partie supérieure du genou, et se termine en un pied à base convexe, système qui a été l'objet d'un rapport (1) fait à l'Académie de médecine par le baron Larrey, en 1854.

C'est un nouveau moyen de prothèse, solide, léger, d'un prix modique,

(1) *Bulletin de l'Académie*, t. XVII, p. 66.

permet de développer le pas mieux que tout autre appareil. Il a été, du reste, adopté par l'administration de l'Assistance publique le 4 décembre 1865, sur le rapport de M. le docteur Broca.

Le jeune homme présenté par M. de Beaufort a reçu son appareil à l'hôpital de la Pitié, le 13 du mois dernier, dans le service de M. le docteur Gosselin.

MM. BROCA et LARREY insistent sur l'importance des appareils de M. de Beaufort, et surtout sur la modicité de leurs prix. C'est là la principale raison qui en a recommandé l'adoption dans les hôpitaux civils et militaires. M. Larrey ajoute que M. de Beaufort, qui s'est dévoué au soulagement des malheureux amputés, a le mérite de ses inventions, mais qu'il en laisse le profit aux fabricants d'appareils.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 23 JANVIER 1867.

Présidence de M. LEGUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit :

Les journaux de la semaine ;

La Gazette médicale de Strasbourg ;

Le Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique ;

Le Bulletin de la Société anatomique de Paris, année 1865 ;

L'Éloge de Gratiolet, par M. Giraldès, 1867 ;

Le 3^e volume du *Traité de médecine légale*, de M. le docteur Dambree, de Courtrai.

A propos de la correspondance, M. Giraldès donne lecture de la lettre suivante, adressée par M. le professeur Rigaud (de Strasbourg).

Monsieur le président,

Dans sa séance du 24 novembre 1866, la Société de chirurgie reçut de M. Ollier la communication d'un cas de résection d'une grande partie du calcanéum, et à cette occasion, M. Ollier rappela que j'avais pratiqué plusieurs fois l'ablation de l'os du talon. En effet, j'ai pratiqué six fois l'*exarticulation complète* de cet os, en le séparant de

ragale et du cuboïde; passant ainsi dans les articulations qui lesissent. C'est donc bien l'ablation totale par désarticulation du calcanéum que j'ai effectuée six fois, et c'est à une époque déjà bien avancée que remonte la première opération (année 1848).

Je viens aujourd'hui, monsieur le président, donner à la Société de chirurgie l'indication sommaire de ces six faits, me réservant d'en communiquer à la Société les détails circonstanciés, dès que j'aurai terminé le mémoire que je prépare en ce moment.

Premier fait. — *Carie du calcanéum, pied droit; exarticulation complète, année 1848. — Guérison.*

Le sujet de la première *exarticulation du calcanéum* que je pratiquai était un jeune sourd-muet, âgé de dix ans, nommé Joseph M..., qui me fut adressé par M. Jacoutot, directeur de l'établissement pour les sourds-muets, à la Robertsau, banlieue de Strasbourg. La guérison fut très-rapide, puisque le petit malade ne séjourna qu'un mois à l'hôpital; il put alors marcher librement, sans qu'aucun remplissage antérieur ni une semelle épaisse au talon dussent être adaptés à sa démarche. La claudication était si légère qu'au bout de peu de temps l'habitude, et sans doute une légère inclinaison du bassin, ne permirent pas de l'apercevoir.

Deuxième fait. — *Carie du calcanéum, dont la saillie postérieure est creusée d'une cavité, où probablement avait été logé un tubercule enkysté; pied gauche. — Exarticulation totale, année 1849. — Mort.*

La seconde exarticulation du calcanéum fut pratiquée par moi, six mois après la première; c'était sur un Israélite âgé de trente ans, qui succomba après trois semaines, par suite d'une infection purulente, accident redoutable, qui se présentait alors trop souvent dans notre service de clinique chirurgicale à l'hôpital de Strasbourg, et les conditions hygiéniques étaient fort mauvaises. Depuis l'année 1854, tout cela est totalement changé.

Troisième fait. — *Carie du calcanéum, pied droit. — Exarticulation complète, année 1852. — Guérison.*

En 1852, je pratiquai la troisième désarticulation totale du calcanéum, sur un homme âgé de trente-cinq ans. La guérison fut lente, mais enfin la guérison fut complète au bout de trois mois. La marche fut libre et assurée; la claudication très-peu marquée n'exigea, pas plus que pour le premier opéré, de chaussure particulière; toutefois, je lui avais fait confectionner un soulier avec un talon d'une

épaisseur double de celle du talon de l'autre soulier; mais j'ai vu que depuis, il n'avait pas fait renouveler cette disposition particulière pour sa chaussure, parce qu'elle lui était inutile.

QUATRIÈME FAIT. — *Carie et nécrose du calcanéum, qui était détruit en partie; pied gauche. — Ablation totale, année 1857. — Guérison.*

En 1857, quatrième ablation du calcanéum sur un homme de vingt-sept ans. La guérison s'est fait assez longtemps attendre, mais sans qu'aucun accident soit venu l'entraver. Sorti de l'hôpital bien guéri, il a été revu un an après, par mon collègue le professeur Michel. Il marchait bien, sans avoir besoin de porter aucune chaussure particulière; il ne boitait pas d'une manière sensible; le pied n'était nullement renversé en dehors, pas plus que chez les deux précédents opérés, n° 4 et n° 3. Ici, nous avons trouvé le calcanéum nécrosé, détruit en partie et excavé, puis retenant encore dans sa cavité une grosse esquille centrale, qui avait évidemment été le siège d'une ostéite raréfiante.

CINQUIÈME FAIT. — *Hyperostose avec carie et végétations du calcanéum, pied gauche. — Exarticulation complète, année 1865. — Guérison.*

En 1865, cinquième exarticulation de la totalité du calcanéum qui était hyperostosé et carié, sur un jeune garçon de quatorze ans, des environs de Bitschwiller (Bas-Rhin). La guérison fut rapide et le jeune homme sortit de l'hôpital cinq semaines après l'opération. Il marche librement, sans claudication et sans remplissage dans sa chaussure.

SIXIÈME FAIT. — *Carie du calcanéum. — Exarticulation, juin 1866. — Guérison.*

En 1866, mois de juin, je pratiquai la sixième désarticulation complète du calcanéum, chez un jeune homme de quinze ans, Italien, fils du directeur de l'un des établissements de la foire de la Saint-Jean, qui se tient tous les ans à Strasbourg; après deux mois, l'opéré se lève, marche librement et quitte l'hôpital.

SEPTIÈME FAIT. — *Exarticulation du calcanéum, pratiquée par M. l'agréé Bæckel, août 1866. — Guérison.*

Je veux encore indiquer ici une septième exarticulation du calcanéum, exécutée par M. l'agréé Bæckel, pendant les vacances de

66, et qui me remplaçait alors dans mon service. L'opération fut atiquée exactement comme je l'avais faite six fois déjà, et le malade, jeune garçon d'une dizaine d'années, fut très-promptement guéri marcha aussitôt librement et sans claudication.

Touchant le manuel opératoire, je dirai ici succinctement et provisoirement, qu'une incision horizontale passant à 4 centimètre — dessous du sommet des malléoles, s'étendant en avant jusqu'à l'articulation calcanéo-cuboïdienne, tant en dedans qu'en dehors, et coupant le tendon d'Achille aussi bas que possible, nous permet de détacher le lambeau plantaire jusqu'au niveau de l'extrémité antérieure du calcanéum, que nous avons soin de raser aussi exactement que nous pouvons le faire; nous avons détaché l'insertion postérieure des muscles plantaires; l'articulation calcanéo-astragaliennne est ouverte à l'arrière, et nous pénétrons entre les deux facettes postérieures par lesquelles ces deux os s'articulent; alors, rasant le calcanéum en dedans et en dehors et le raclant en quelque sorte, nous atteignons l'espace qui sépare l'astragale du calcanéum. Nous ouvrons leur articulation antérieure, nous coupons le gros trousseau fibreux qui les réunit; au troisième temps, nous désarticulons le calcanéum d'avec le cuboïde, et nous enlevons le calcanéum. En agissant ainsi, nous avons pu accomplir cette extirpation sans découvrir ni les tendons des muscles fléchisseurs ni des péroniers, pas plus que l'artère et le nerf tibiaux postérieurs.

A plus tard des détails plus circonstanciés.

M. SÉDILLOT adresse la lettre suivante :

« Monsieur le président,

« La vérité parmi tous ses avantages a celui de rapprocher tôt ou tard ceux dont les opinions semblaient le plus opposées.

« M. Verneuil a eu raison de dire que le livre de M. Ollier, dont je viens seulement de prendre connaissance, répondrait à toutes mes objections.

« J'ai défendu une méthode : l'évidement. J'en ai combattu une autre : les résections sous-périostées.

« M. Ollier traite l'évidement avec beaucoup de faveur, et ne paraît pas très-enthousiaste des résections sous-périostées, comme pratique chirurgicale usuelle, et il n'affirme nullement la possibilité de refaire les os du nez avec un lambeau périosté frontal.

« Je puis donc espérer voir cet habile et savant confrère partager un jour, plus complètement encore, les convictions auxquelles je me suis rallié.

« Son livre, qui fait sans contredit honneur à la chirurgie fran-

caise, se recommande par des travaux considérables, une érudition rare parmi nous, une modération, une réserve, une perspicacité propres à lui concilier toutes les sympathies.

« Mes critiques s'adressaient à des faits et à des idées sans être jamais personnelles, et je suis heureux d'en fournir une nouvelle preuve en m'associant publiquement à tous les éloges donnés par M. Verneuil au remarquable ouvrage de notre collègue.

« Veuillez agréer, etc.

« C. SÉDILLOT. »

COMMUNICATION.

Des phlegmons et de la gangrène chez les diabétiques.

M. VERNEUIL communique l'observation suivante : *Phlegmon sous-cutané du genou droit. — Diabète intermittent. — Larges incisions. — Guérison prompte du phlegmon* (1).

B... Victor, soixante-deux ans, scieur de long, entre le 9 décembre 1866, à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Augustin, n° 20.

C'est un homme de haute taille, assez maigre, à chair flasque, à peau terne, il est tellement sourd qu'il est impossible de l'interroger.

Le genou droit, dans les régions antérieure et externe, présente une rougeur livide, s'étendant à trois travers de doigt au-dessus et au-dessous de la rotule et un gonflement diffus avec œdème.

La fluctuation est très-évidente, il s'agit donc d'un foyer purulent périarticulaire. La cavité synoviale est saine, point d'hyarthrose, point de frottement dans les mouvements passifs de la jointure.

La peau de la partie inférieure de la jambe offre çà et là des taches brunes, puis trois croûtes sèches et noirâtres qui rappellent celles du rupia, enfin plusieurs cicatrices anciennes dues à des incisions.

D'après les renseignements fournis plus tard par la femme du malade, la santé a été très-bonne autrefois. Seize ans auparavant, fracture de la jambe compliquée de plaie, de phlegmon, d'issue d'esquilles. Des incisions multiples ont été pratiquées. C'est de cette époque que date la surdité, mais on ne peut savoir s'il y a eu des accidents encéphaliques. Le rétablissement, paraît-il, a été complet. Jamais de furoncles, ni d'anthrax, ni d'éruption cutanée quelconque.

Cependant B..., depuis longues années, a toujours été tourmenté

(1) Cette observation est rédigée d'après les notes fournies par M. Habran, interne du service.

la soif. Ce phénomène a augmenté depuis cinq ou six ans. Il vaît jusqu'à trois ou quatre litres d'eau dans l'intervalle des repas, même temps l'appétit augmenta, il mangeait surtout beaucoup de in. Il rendait, surtout la nuit, une grande quantité d'urine pâle, n poisseuse et n'empesant pas le linge.

Aucun antécédent de famille. Père et mère très-bien portants, ors à un âge avancé, sans avoir été affectés de goutte, de rhumame ni d'affections diathésiques. Les frères jouissent d'une très-bonne nté et sont vigoureux comme l'était, du reste, le malade lui-même squ'à ces derniers temps.

Ces renseignements si précieux et si concluants ne furent donnés ie plusieurs jours après, nous ne les avions pas attendus pour rter le diagnostic.

La couleur livide des téguments, l'aspect atonique de ce phlegon, l'apparence cachectique du sujet, la pâleur et la flaccidité des airs m'avaient fait soupçonner l'existence du diabète, et si j'insiste ir l'exactitude de ce diagnostic, c'est pour prouver que les caractères 1 phlegmon diabétique ont quelque chose de spécial, une physionomie particulière qui indique la nature du mal à *priori* et avant épreuve chimique.

Une autre circonstance m'avait frappé; un phlegmon diffus ordinaire provoque de coutume des symptômes généraux assez intenses; r, ici il en était tout autrement; sauf une coloration assez marquée u visage, il n'y avait point de fièvre, la langue est humide et rosée, appétit conservé, la soif un peu vive. Point de selles depuis deux ours.

L'évacuation du pus était urgente. Je fis donc parallèlement à l'axe u membre deux incisions de 7 à 8 centimètres, qui ouvrirent larement la tumeur et donnèrent issue à une grande quantité de pus hlegmoneux, bien lié et tel qu'on le trouve dans les abcès sous-utanés ordinaires. Je me proposais de faire le lendemain l'examen es urines.

Je continuai donc ma visite. J'étais à la fin de cette dernière lorsqu'un des assistants vint m'annoncer que, conformément à mon hypothèse, les urines renfermaient beaucoup de sucre; on avait employé a liqueur de Barresvill. Je priai, en conséquence, M. Meunier, interne n pharmacie du service, de vouloir bien faire l'analyse quantitative. In demi-litre d'urine fut recueilli à cet effet.

Le lendemain, l'état local était satisfaisant. Le phlegmon paraissait rrêté, mais les incisions n'avaient subi aucun changement, on aurait pu croire qu'elles venaient seulement d'être pratiquées. Dans eur intervalle et tout autour d'elles, la peau avait conservé la colo-

ration vineuse et le gonflement œdémateux. Je prescrivis l'eau de Vichy et le régime alimentaire des diabétiques.

Le surlendemain, M. Habran, mon interne, vint m'annoncer qu'une erreur aurait été sans doute commise, et qu'il n'y avait pas de sucre dans l'urine, au moins la liqueur de Barresvill n'était pas réduite. L'expérience venait d'être faite avant la visite, c'est-à-dire vers huit heures du matin, et en présence de deux autres internes également très-instruits; je fis moi-même, séance tenante, un essai qui resta négatif. Mais sur ces entrefaites, M. Meunier m'apportait les résultats de l'examen minutieux qu'il avait fait sur les urines recueillies le premier jour; toutes les réactions étaient caractéristiques. La potasse, le liquide cupro-potassique attestaient la présence du sucre dont la proportion s'élevait à 24/1000.

La dissidence entre les épreuves était radicale. Je chargeai donc les opposants du soin de se mettre d'accord, et bientôt nous eûmes l'explication de ces différences.

En effet, les urines recueillies avant la visite, lorsque le malade était encore à jeun, ne renfermaient pas trace de sucre; elles étaient tantôt rougeâtres, sédimenteuses, chargées d'urates; tantôt pâles, louches, blafardes, mais ne réduisant pas une parcelle de cuivre. A quatre heures, avant le repas du soir, même résultat le plus souvent. Au contraire, à midi et à cinq heures, c'est-à-dire une heure ou deux après le repas, la glycose reparaisait, et le dosage ayant été plusieurs fois repris, la quantité variait entre 20 et 28 p. 1000.

Ces oscillations furent constatées nombre de fois jusqu'au jour où le malade fut envoyé en convalescence. Toutefois je dirai que, sans disparaître entièrement, le sucre diminua très-notablement sous l'influence du régime et des alcalins.

Dès le troisième jour, les phénomènes locaux prirent la marche la plus satisfaisante. Les croûtes de la jambe se détachèrent, les plaies se cicatrisèrent de la façon la plus normale, et la guérison progressa aussi vite et aussi naturellement que si le malade avait été exempt de toute complication. La gaieté était revenue, l'appétit était franc, la soif modérée; les boissons consommées ne dépassaient pas deux litres par jour, et la quantité des urines rendues était un peu inférieure.

Ce cas m'a paru intéressant à divers points de vue :

1° Il s'agit, en effet, d'un phlegmon primitivement sous-cutané, sans gangrène ni traumatisme, possédant néanmoins les caractères objectifs du phlegmon diabétique.

2° Contrairement à ce que j'avais cru devoir avancer dans ma précédente communication, le traitement chirurgical, c'est-à-dire les

sions larges, ont agi comme dans les cas vulgaires de phlegmon aple.

3° L'intermittence si tranchée du diabète indique la nécessité de multiplier les essais quand on soupçonne la glycosurie dans un cas chirurgical.

4° Comme dans une de mes premières observations, l'état des reins parut rapidement modifié par l'usage intérieur de l'eau de Vichy naturelle (une bouteille par jour).

5° Dans ce cas encore, c'est l'accident phlegmoneux qui a mis sur la voie du diagnostic d'une glycosurie probablement fort ancienne, et pendant ignorée jusqu'à ce jour.

Il ne me reste plus qu'à mettre en relief la coïncidence entre le diabète et la surdité. Ces deux affections ne pourraient-elles pas être liées à une même lésion ayant le même siège, c'est-à-dire la paroi postérieure du quatrième ventricule ?

M. PERRIN. J'ai deux remarques à présenter touchant la communication qui vient d'être faite par M. Verneuil. La première est relative à la partie physiologique. Notre collègue est disposé à attribuer chez son malade une lésion du plancher du quatrième ventricule, et cela à cause de l'intermittence du diabète. L'expérimentation chez les animaux démontre qu'à la suite de la piqûre du quatrième ventricule, le diabète survient ; mais il est continu, quoiqu'il y ait des variations dans la quantité de sucre rendu. Je serais donc disposé, pour ma part, à croire qu'il s'agit, pour le malade de M. Verneuil, d'un de ces diabètes à marche singulière, ne se rattachant pas à une lésion matérielle des centres nerveux. La surdité dont le malade est affecté peut très-bien n'être qu'une simple coïncidence. Quant à la seconde remarque que je veux soumettre à la Société, elle se rattache à la partie clinique de l'observation. Il me semble que le fait actuel diffère un peu de ceux qui ont été rapportés par M. Verneuil. Il ne s'agissait point d'un phlegmon diffus, à caractères tranchés, tels qu'on les observe si fréquemment. C'était une de ces phlegmasies douteuses à l'occasion desquelles le clinicien recherche toujours une cause générale. On a trouvé, dans le cas particulier, s'il existait une affection diabétique ; mais il reste douteux que ce soit la véritable cause du phlegmon que présentait le malade. Je suis frappé de la remarquable influence de l'eau de Vichy, car, en général, ce médicament n'est point capable de modifier heureusement un diabète assez grave, pour provoquer un phlegmon gangréneux de l'un des membres.

M. VERNEUIL. Je n'ai fait qu'une simple hypothèse. L'existence d'une double surdité, en même temps que la présence du sucre dans

les urines, tous ces troubles pourraient s'expliquer par une lésion du plancher du quatrième ventricule. Le malade dont j'ai rapporté l'histoire pouvant succomber un jour ou l'autre, il serait intéressant de vérifier mon assertion.

Quand on fait une piqûre au quatrième ventricule chez un animal, le diabète peut être permanent pendant toute la durée de la réparation de la blessure; mais une fois la cicatrice faite, ne pourrait-elle pas donner naissance à un diabète qui ne se présenterait qu'après les repas?

Je suis tout aussi étonné que M. Perrin de la terminaison heureuse du phlegmon que j'ai traité; mais je ne puis m'empêcher de constater les heureux effets de l'eau de Vichy. J'avais déjà remarqué dans un autre cas l'amélioration survenue du jour au lendemain, pour une gangrène inguinale, à la suite de l'administration de l'eau de Vichy. Chez ce dernier malade, l'emploi des alcalins avait même fait disparaître le sucre que contenaient les urines.

M. PERRIN. Mes observations n'ont pour but que de mettre en relief le cas si curieux à tant d'égards que nous a rapporté M. Verneuil. L'interprétation des faits reste néanmoins douteuse, et en particulier la merveilleuse action de l'eau de Vichy me trouve un peu incrédule; il serait vraiment singulier que l'eau de Vichy eût une action si heureuse dans les gangrènes, alors que cette médication réussit si peu entre les mains des médecins qui soignent le diabète.

M. VERNEUIL. Sur les sept cas observés par moi, cinq n'ont point été améliorés par l'eau de Vichy et les accidents gangréneux ont suivi leur marche. Mais chez le malade dont je viens de rapporter l'histoire, je ne puis mettre en doute l'heureuse action de l'eau alcaline.

La question des gangrènes diabétiques n'est point chose nouvelle, mais je persiste à croire qu'il serait désirable de bien étudier les choses afin de soupçonner le diabète d'après les caractères objectifs des lésions chirurgicales.

M. DESPRÉS. M. Perrin a émis quelques doutes sur la transformation des diabètes traumatiques en diabètes intermittents; M. Verneuil a émis l'hypothèse que, après une plaie du cerveau ou de la moelle, le diabète pouvait devenir intermittent au moment de la cicatrisation. Je voudrais dire que cette hypothèse est une réalité. Bauchet a réuni dans sa thèse sur les lésions de l'encéphale, des faits de diabètes traumatiques, intermittents et permanents, et de diabètes mixtes, permanents d'abord, puis intermittents.

M. VERNEUIL. M. le docteur Palle, de Senlis, un élève de Landouzi, dans sa thèse sur les accidents du diabète (1864), mentionne l'opinion

son maître en ce qui touche l'influence du diabète sur les lésions chirurgicales. Landouzi avait déjà entrevu la nécessité d'une grande œuvre opératoire lorsqu'il s'agissait de sujets diabétiques, et il caractérisait son opinion en disant que « les diabétiques sont pour le chirurgien de véritables *noli me tangere*. »

À quatre heures et demie la Société se forme en comité secret.
La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le Secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1867.

Présidence de M. LEGUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux de la semaine ;

Les *Archives générales de médecine*, numéro de février ;

Le *Montpellier médical*, numéro de février ;

La *Gazette médicale de Strasbourg* ;

L'*Union médicale de la Provence* ;

Le *Journal de médecine de l'Ouest* ;

Le *Compte rendu de la Société médicale de Clermont-Ferrand* ;

Le *Bulletin de la Société médicale de Reims*. (Bull. 1 et 2.)

Le *Discours sur la mortalité des jeunes enfants*, par M. P. Oca ;

De l'achromatopsie ou cercle des couleurs, par M. le docteur nile Goubert. Paris, 1867 ;

Études sur les maladies du pancréas, par le docteur Ancelet, deilly-sur-Aisne, 1866 ;

Recherches sur la prothèse des membres, par le comte de Beaumont ;

De la rugination de la base du crâne comme moyen de destruction des polypes qui s'y implantent, par le docteur Eugène Caron. thèse inaugurale, Strasbourg, 1867 ;

Hygiène publique. — Quelques notes sur la mortalité des jeunes enfants, par M. Putegnât (de Lunéville).

Observations de vaginisme, par le même.

Bruits du cœur non décrits, par le même.

Cases of Spina bifida, with remarks, by Prescott-Hewett, 1844 :

Die Anwendung der Galvano-Kautik im Innern des Kehlkopfes und Schlundkopfes, Dr Rudolph Voltolini. Wien, 1867.

La correspondance manuscrite comprend :

1° La note suivante sur le diagnostic et le traitement des polypes naso-pharyngiens implantés sur l'apophyse basilaire, par M. le docteur Herrgott, membre correspondant.

Le plus grand nombre des chirurgiens pense aujourd'hui que, pour traiter avec quelque chance de succès les malades affectés de polypes naso-pharyngiens, il est nécessaire de se frayer une voie large jusque sur le siège d'implantation de la production morbide, afin de pouvoir y agir avec énergie. De là des opérations préliminaires qui sont : par la voie buccale, la fente du voile ou de la voûte palatine; par la voie faciale, l'élargissement de l'ouverture nasale, le passage à travers l'os unguis, la résection partielle ou totale, temporaire ou définitive du maxillaire supérieur. N'ayant, avec M. Legouest, pu me résoudre « à considérer ces mutilations préliminaires comme le dernier mot de la chirurgie, » j'ai, dans un cas qui s'est offert à mon observation, cherché à savoir si le lieu d'implantation des polypes ne pouvait pas servir de base à une distinction dans le traitement. Je suis arrivé à cette conviction que, si la méthode rigoureuse de traitement est parfaitement justifiée quand le polype est implanté sur le sphénoïde ou l'ethmoïde, elle n'est pas nécessaire absolument quand il se trouve sur l'apophyse basilaire. La recherche du lieu d'implantation est donc une chose importante pour guider la conduite du chirurgien. A cet effet, le miroir laryngoscopique peut être d'une grande utilité, car il permet de voir la partie supérieure du pharynx et l'entrée des fosses nasales postérieures avec facilité, et quand ces régions sont occupées par un polype qui n'est pas trop volumineux, son lieu d'implantation; quand celui-ci a été enlevé, l'état de la surface d'implantation. Il permet en outre d'apprécier l'action des instruments qui ont agi sur ces surfaces, ou des caustiques qui y ont été appliqués. C'est ce que prouve l'observation que j'ai l'honneur de soumettre à la Société; elle montre une application nouvelle du miroir laryngoscopique au diagnostic et au traitement des polypes naso-pharyngiens.

Le nommé J. François-Antoine, cultivateur, âgé de vingt-quatre ans, nous fut adressé par notre honorable confrère, M. le docteur Gass, de Mommenheim (Bas-Rhin), dans le courant de février 1865.

Ce jeune homme, qui portait les traces d'une bonne constitution, était alors très-pâle, très-affaibli, tourmenté par une impossibilité de respirer par le nez, et par des crachements de sang.

Voici les renseignements transmis par le médecin du malade :

Déjà au printemps de 1864, J... se plaignait d'une difficulté de respirer qui fut attribuée à un coryza chronique.

Au mois de juillet de la même année, il cracha du sang avec abondance ; la difficulté de la respiration alla en augmentant. Le perchlore de fer, qu'on administra alors comme hémostatique réconfortant, produisit l'effet voulu ; mais la difficulté de respirer persista. L'examen des fosses nasales ne révélant pas l'existence de polypes muqueux, on fit dans les narines des injections de solution de nitrate d'argent, sans succès. Le malade ne toussa pas, et l'examen de la trachée resta complètement négatif.

Au mois de janvier 1865, les crachements de sang reparurent. Le docteur Gass examina alors la bouche et l'arrière-gorge ; il fut surpris de voir derrière le voile du palais, à gauche, une tumeur rougeâtre dépassant de plus d'un centimètre le voile, et déprimant celui-ci assez fortement ; il y fit une ponction avec un bistouri qui ne fit échapper qu'un peu de sang. Pensant avoir affaire à un polype, le docteur Gass nous adressa le malade, et nous le fîmes entrer à la clinique chirurgicale, à notre service, le 9 février 1865.

Ainsi que cela a été dit plus haut, le malade est très-affaibli, il est chloro-anémique. Sa voix est altérée comme chez un individu qui a le nez bouché ; elle a en outre le timbre particulier à l'angine. La langue est légèrement teinte de sang, les muqueuses sont pâles, l'appétit est nul, la digestion lente et difficile ; il est impressionné par la gravité de sa situation.

En faisant grandement ouvrir la bouche et en abaissant la langue, on aperçoit une tumeur entre la luette, légèrement déviée à droite, et le pilier gauche, dépassant de 45 millimètres le voile du palais, et le déprimant sensiblement. La tumeur est rougeâtre et saigne au moindre attouchement ; elle est complètement indolente. L'index, introduit derrière le voile du palais, permet de circonscrire la tumeur et d'évaluer son volume à celui d'un petit œuf de poule aplati l'avant en arrière. À droite, on passe facilement jusqu'à une grande hauteur, et il semble, au toucher, que la tumeur est piriforme ; elle est consistante et élastique. La respiration par la narine gauche est absolument impossible ; l'inspiration, mais non l'expiration, est possible par la narine droite ; la tumeur fait l'office, pour cette narine, d'une soupape qui se soulève par l'inspiration forcée, mais qui se ferme pendant l'expiration.

L'examen des parties nous fait penser à la possibilité d'explorer le lieu d'implantation exact du polype au moyen du laryngoscope. Nous faisons venir le malade dans notre cabinet, disposé pour ce genre d'exploration, et là, en présence de notre confrère et ami, le docteur Cochu, de l'interne de notre service et de quelques autres confrères, il est procédé à un examen minutieux. Il en résulte que le polype a un pédicule de la grosseur du petit doigt, très-court, implanté à la partie latérale antérieure gauche de l'apophyse basilaire. Cet examen a été rendu plus facile qu'on ne le pensait, par l'extrême docilité du malade et la diminution de la sensibilité du voile. La luette put être maintenue, tirée en avant avec une pince à pansement, sans causer les douleurs vives qu'on observe ordinairement en pareil cas.

La conclusion de cet examen fut d'employer la ligature, qui s'appliquait si parfaitement aux circonstances anatomiques de ce produit morbide.

Elle fut pratiquée à la clinique le 16 février 1865, avec un fil de fer recuit étreint par le serre-nœud de Graefe, profondément introduit dans la narine gauche.

Nous essayâmes de vérifier avec le laryngoscope le placement du fil sur la base du pédicule ; mais cette exploration resta sans résultat, parce que l'éclairage dans la salle d'opération ne put être disposé convenablement. On put toutefois constater, par le toucher, que le fil se trouvait au niveau de la base du crâne. Cette vérification faite, l'anse fut serrée très-énergiquement, ce qui produisit une assez forte douleur, mais de peu de durée.

La journée du 17 février et la nuit furent bonnes, ainsi que celles du 18 et du 19.

Afin de prévenir tout accident de suffocation qui pourrait se produire par la chute du polype pendant le sommeil, nous passâmes dans sa portion inférieure, moyennant une aiguille tubulée de Simpson, un fil d'argent recuit comme on en emploie pour les sutures métalliques. Les deux bouts de ce fil furent réunis par la torsion pour former un anneau dans lequel on passa un fil double de soie, avec lequel on fit un nœud coulant dont on laissa pendre les deux bouts dans un des coins de la bouche.

Le 20 février, à neuf heures du soir, le malade ressentit une sensation particulière dans le nez ; il porta la main droite au fil, avec lequel il sortit le polype de la bouche, la main gauche au serre-nœud, qu'il enleva avec la plus grande facilité. Au moment même le malade put respirer à son aise, et n'éprouva plus la moindre incommodité.

Le polype constitue une tumeur arrondie et aplatie d'avant en

rière, longue de près de 4 centimètres, large d'un peu moins de 2 centimètres et épaisse de 2 centimètres, arrondie comme un caillou poli. Au sommet, on remarque un pédicule non saillant, mais ras, sous la forme d'une tige ronde du diamètre de 8 millimètres; il est généralement lisse, sauf à sa partie postéro-supérieure, où persiste la coloration rougeâtre primitive.

Le néoplasme est confié à M. Morel, professeur agrégé; il résulte de l'examen auquel s'est livré notre habile collègue, que la tumeur ne contient aucun élément étranger aux tissus normaux de la région où elle siègeait; tous les éléments normaux sont augmentés sans changement dans leurs proportions réciproques.

Le 24, le malade se trouve dans un état de bien-être auquel depuis longtemps il n'était plus habitué. La respiration est facile, l'odorat est revenu, il apprécie avec délice la saveur des aliments. Le doigt introduit dans l'arrière-bouche la trouve parfaitement libre.

La santé générale fait de rapides progrès, en peu de jours le malade reprend, avec sa vigueur, son air de santé d'autrefois.

Le 25, le malade est examiné au laryngoscope dans notre cabinet. Les ouvertures nasales postérieures sont parfaitement libres. On voit à la base du crâne une petite place rouge, de la grandeur d'une pièce de vingt centimes, située à la partie latérale gauche de l'apophyse ptérygienne; nous pensons que c'est le lieu d'implantation du polype qui a donné lieu à la cicatrisation à la suite de l'inflammation éliminatoire, suite à la ligature.

Après cet examen on permet au malade de rentrer chez lui, on lui commande toutefois de venir dans quelque temps se faire examiner de nouveau.

Dans le courant du printemps il revint plusieurs fois et on constata l'état florissant de sa santé, mais il ne fut pas procédé à l'examen par le miroir laryngoscopique.

Vers la fin du mois d'avril 1866, c'est-à-dire un an après l'opération, J... vint nous revoir avec la préoccupation de sentir de nouveau, depuis quelque temps, un peu d'embarras dans la narine gauche. Il éprouve un peu de difficulté dans l'expiration seulement, mais n'a encore eu aucun crachement de sang. On n'aperçoit rien en faisant ouvrir la bouche au malade et en abaissant la langue; mais en portant le doigt derrière le voile du palais, on trouve une nouvelle tumeur, qui atteint presque le niveau du bord du voile. Le laryngoscope fait voir une nouvelle tumeur absolument semblable à la première, comme aspect et comme forme, mais seulement un peu moins grande.

Le malade demande à entrer dans l'établissement de santé de la Toussaint pour y être opéré.

Le 5 mai, on place de nouveau un serre-nœud avec les mêmes précautions que la première fois, en présence de MM. Cochu, Elser, Gass, etc.

Le sixième jour, le polype tombe, il ressemble exactement au premier, sauf une différence de 45 millimètres en longueur, 4 centimètre en largeur en moins que le premier polype; comme celui-ci il a un pédicule court de 7 millimètres de diamètre, et l'examen microscopique révèle absolument la même structure.

Le 15 mai, dix jours après la pose de la ligature et cinq jours après la chute du polype, nous procédons dans notre cabinet à l'examen du malade moyennant le laryngoscope. On retrouve le point rouge qui avait été remarqué après la première opération, et qui avait été regardé comme la base d'implantation en voie de cicatrisation. Cette interprétation n'était vraie qu'à moitié. Après ce qui venait d'arriver, il ne pouvait plus être prudent d'abandonner la chose à la nature sans agir sur cette partie de laquelle s'était élevée une nouvelle végétation. Il fallait enlever par la cautérisation ou la rugination cette portion qui n'était pas en voie de cicatrisation, mais disposée à une nouvelle reproduction. Mais comment agir sur cette partie?

Notre première pensée fut de faire construire une rugine recourbée de manière à atteindre la base du crâne en passant sous le voile du palais et pouvant agir sur elle sous les yeux du chirurgien s'aidant du laryngoscope. En détruisant ainsi, par la rugination, tout le revêtement muqueux et fibreux de l'apophyse basilaire, il nous semblait qu'on aurait quelque chance de sécurité contre la reproduction du mal. Le miroir fut donc mis en place pour étudier exactement les lieux; nous prîmes un fil de fer pour chercher la courbure la plus convenable à donner à notre rugine; ce modèle fut bientôt achevé et nous allions le faire exécuter immédiatement par M. Elser, notre habile fabricant d'instruments de chirurgie, lorsque l'idée nous vint, le miroir étant placé, de faire passer par la narine gauche un fil de fer droit, pour examiner l'accès de la région par cette voie. Grand fut notre étonnement lorsque nous vîmes ce fil droit, placé horizontalement, atteindre, avec autant de facilité que de sûreté, la région malade dans son centre. Les rapports de situation de l'apophyse basilaire avec l'ouverture nasale antérieure ne nous avaient jamais paru être si simples. Ces rapports furent examinés sur une tête sèche, dans notre cabinet, et furent trouvés absolument identiques à ceux qui existaient chez notre malade. Séance tenante, M. Elser fut prié de faire fabriquer une petite rugine à l'extrémité d'une tige d'acier.

us en fines usage aussitôt, en l'introduisant horizontalement par la rine gauche. L'instrument, guidé d'abord par le laryngoscope, puis r l'index gauche, manœuvra facilement, et en moins de quelques nutes, la base du crâne fut entièrement raclée jusqu'à la surface seuse, dans une étendue triple, au moins, de la base d'implantation. Cette opération fut douloureuse : il sembla au malade qu'on lui déirait la tête ; il la supporta néanmoins avec un très-grand courage. ne cessa toutefois que quand la surface osseuse tangible avec istrument, parut totalement dépouillée de tout revêtement.

Le laryngoscope appliqué immédiatement après l'opération ne per- t de rien voir autre chose que des parties saignantes.

Six jours après, on profita d'un beau soleil pour projeter avec le and miroir de l'appareil de Moura, qui est un réflecteur très-com- ode, un rayon lumineux sur le miroir laryngoscopique placé dans bouche.

La base du crâne, ainsi éclairée par le soleil, parut uniformément uge sans place suspecte. On permit au malade de s'en retourner ez lui ; lui recommandant cette fois de venir se montrer tous les ois. Il le fit avec une grande exactitude, et le 40 décembre 1866, us constatâmes l'état parfait de la santé générale et de la base du âne. Ainsi, sept mois après la dernière opération, on ne put voir une trace de la reproduction du mal.

Il serait téméraire d'affirmer une guérison radicale et exempte à venir de toute récurrence ; le temps seul pourra répondre à cet égard. , contre toute attente, quelque chose de nouveau devait s'y remon- r, la voie nouvelle qui est ouverte permettrait d'y appliquer d'au- es modificateurs, tels que des caustiques. La voie est facile, les ints de repère sûrs, et l'action des agents pourra être surveillée par eil du chirurgien.

Ainsi : application nouvelle du laryngoscope au traitement ainsi l'au diagnostic des tumeurs de la base du crâne ; voie facile pour y river sûrement : tels sont, en deux mots, les points neufs de cette ervation.

2° De l'ostéomyélite localisée du fémur consécutive aux abcès tri-osseux et de son traitement après l'amputation de la cuisse t niveau de la lésion morbide par l'évidement partiel de l'os et t moignon, par M. le docteur Monteile.

3° Deux cas d'ovariotomie suivie de succès, par M. le docteur croix (de Béziers).

4° MM. Robert et Colin adressent deux trocars, dont l'un est des- né à l'opération de l'ovariotomie et l'autre au traitement des kystes

hydatiques du foie. L'un de ces instruments a été construit d'après les indications de M. Nélaton; l'autre, d'après celles de M. Panas;

5° Une lettre de M. Préterre, réclamant en faveur des appareils prothétiques pour obvier aux divisions palatines;

6° Une lettre de M. Salvatori Jacono, pharmacien de Naples, recommandant une poudre de sa composition, offrant les résultats les plus satisfaisants contre l'épilepsie.

COMMUNICATION.

Paralysie du bras, chez un nouveau-né, extrait par le forceps.

M. GUÉNIOT présente le travail suivant :

Malgré les recherches modernes, l'histoire des paralysies traumatiques, et en particulier de celles qui sont dues à l'emploi du forceps, offre encore sur plusieurs points une grande obscurité. La rareté extrême de certains faits constitue, sans aucun doute, la principale cause de cette imperfection de la science sur un sujet en apparence facile. Ayant observé, il y a deux ans, un exemple presque unique de cette classe de paralysies, j'ai donc pensé qu'il ne serait pas sans intérêt, d'en présenter la relation suivie de courtes réflexions, à la Société de chirurgie qui déjà s'est occupée plusieurs fois de la question.

Observation. — Le 4 août 1864, la nommée M... (Rosalie), âgée de vingt-deux ans, primipare, à terme et bien conformée, éprouve les premières douleurs de l'accouchement à quatre heures du soir. Le lendemain, elle entre à la Clinique, et comme le travail reste languissant, on perfore les membranes à huit heures et demie du soir, alors que l'orifice utérin présente un diamètre d'environ 7 centimètres.

A dix heures, le travail se poursuivant avec lenteur, M. Depaul juge opportun de terminer l'accouchement et, à cet effet, il m'invite à extraire l'enfant au moyen du forceps. Le sommet se présentait en position O. I. D. A. et restait élevé au tiers supérieur de l'excavation. La dilatation de l'orifice utérin était largement suffisante, mais non complète encore.

Pour cette opération, qui fut faite en présence de MM. Depaul, Tarnier, Desnos et Klain, j'employai le grand forceps ordinaire, dit forceps de Dubois ou de la Maternité. La branche gauche, introduite la première, pénétra avec quelque difficulté, l'extrémité de la cuiller se heurtant contre un obstacle imprévu. Une demi-minute de tâtonnements calculés suffit néanmoins à la placer sur le diamètre transversal du bassin. La seconde branche pénétra, au contraire, du premier coup avec une grande facilité. L'extraction n'offrit ensuite rien d'insolite, sinon la nécessité d'exercer des tractions vigoureuses

il me parurent tout à fait disproportionnées avec la simplicité apparente de l'opération.

L'enfant, du sexe masculin, naquit un peu faible; mais quelques soins suffirent pour le remettre promptement en bon état. Son poids, 3,250 grammes, concordait avec ses dimensions générales et avec le volume de sa tête. Le forceps, ayant été placé aux deux extrémités du diamètre transversal du bassin, la tête fœtale avait dès lors été saisie obliquement. Aussi, la moitié gauche du front et de la face laissait-elle les traces de la pression exercée par la branche gauche, tandis que la branche droite avait marqué une forte empreinte sur le côté droit et un peu postérieur du cou. Le point contus correspondait exactement à la jonction du cou et de la poitrine, au niveau du bord antérieur du muscle trapèze.

A part cette lésion, qui donna lieu à la formation d'une petite escarre noire, intéressant l'épaisseur de la peau dans l'étendue de deux centimètres, l'enfant offrit les jours suivants un état de santé très-satisfaisant. — Toutes ses fonctions paraissaient s'accomplir d'une façon régulière lorsque le 16 août, c'est-à-dire onze jours après la naissance, sa mère me fit remarquer que le bras droit était sans mouvement. Notre attention ayant été ainsi appelée pour la première fois sur ce fait, je ne puis dire si la paralysie était récente ou datait de l'accouchement. La mère ne s'en était aperçue que le jour où elle s'en fit part, et la nourrice, chargée de donner à l'enfant des soins ordinaires, ne l'avait pas remarquée davantage.

Quoi qu'il en soit, voici ce qu'un examen attentif permit de constater. Le membre supérieur droit conserve une immobilité qui contraste avec la liberté des mouvements du membre opposé. Le bras est pendu sur le côté du tronc, l'avant-bras passivement étendu en pronation, et les doigts fléchis dans la main. Les doigts seuls, ainsi que la main (mais cette dernière à un plus faible degré), ont conservé la liberté de leurs mouvements. Le bras, au contraire, est complètement inerte. Soulevé à diverses reprises, puis abandonné à lui-même, retombe chaque fois brusquement. L'avant-bras, mis en état de flexion, ne peut s'y maintenir et revient en grande partie vers sa position primitive. Les mêmes expériences pratiquées du côté opposé ne donnent point les mêmes résultats. La sensibilité est bien conservée, ainsi que le témoignent les cris de l'enfant et quelques efforts impuissants pour mouvoir son membre, lorsqu'on exerce sur le dernier des pincements de la peau. Pendant cette épreuve, le petit malade peut mouvoir son épaule en totalité; mais le bras reste absolument inerte, tandis que l'avant-bras est le siège de quelques mouvements rudimentaires.

L'épaule n'est nullement déformée et ne paraît point abaissée. Il n'existe dans la longueur du membre ni luxation, ni fracture, ni trace de contusion. Enfin, la palpation ne fait reconnaître aucune différence de consistance dans les parties molles des deux membres supérieurs, et la petite plaie résultant de la chute de l'escharre est en voie de réparation.

En définitive, il s'agit évidemment, dans ce cas, d'une paralysie du bras complète pour le deltoïde et presque complète pour les autres muscles.

A partir de cette constatation, l'enfant fut examiné chaque jour, et constamment le membre offrit les mêmes phénomènes. Le 20 août, l'état général, sans être très-prospère, restait satisfaisant; mais la paralysie était stationnaire. La petite plaie touchait à sa guérison. D'après la prescription de M. Depaul, des frictions faites sur l'épaule avec du vin aromatique furent alors commencées, puis continuées au nombre de trois par jour.

Enfin, le 25 août, jour de la sortie de l'enfant, une amélioration sensible se remarquait dans l'état de la paralysie. Le bras était le siège de quelques mouvements rudimentaires, l'avant-bras pouvait se fléchir spontanément, la main et les doigts jouissaient de tous leurs mouvements, et la plaie du cou était cicatrisée. — Depuis, j'ai voulu revoir cet enfant, afin de connaître la marche ultérieure de la maladie; mais il me fut impossible de le retrouver. Pendant son séjour à l'hôpital, il avait été allaité par sa mère, qui eut des suites de couches normales.

Réflexions. — En faisant abstraction d'un cas équivoque de Smellie, sur lequel j'aurai à revenir, celui que je viens de relater est, à ma connaissance, le second exemple de paralysie du bras dont la cause soit manifestement une contusion produite par le forceps. Le premier fait de ce genre, qui appartient à M. Danyau, a été publié en 1854 dans le *Bulletin de la Société de chirurgie*, t. II, p. 448. Quoique plus complexe dans ses phénomènes et plus fâcheux dans ses suites, il offre avec le mien une telle similitude sur les points essentiels qu'il est impossible de ne pas rattacher, dans les deux cas, la paralysie à une même cause anatomique. Tout lecteur se convaincra de cette vérité en comparant entre elles les deux observations. Or, dans celle de M. Danyau, les détails de l'autopsie ne laissent aucun doute sur l'existence d'une contusion du plexus brachial. C'est donc à cette même lésion qu'il me paraît logique d'attribuer les symptômes constatés chez notre petit malade.

Quant aux circonstances qui ont pu favoriser la production d'un

ident aussi rare, M. Danyau admet pour son fait qu'il existait sans doute une inclinaison de la tête fœtale, inclinaison qui-en abaissant le cou rendait cette partie vulnérable au forceps. Cette explication toutefois n'est donnée que comme une hypothèse vraisemblable, car M. Danyau ne paraît pas avoir constaté directement l'irrégularité de présentation. Dans le cas qui m'est propre, bien que je n'aie pas en plus des preuves irrécusables de l'existence d'une inclinaison de tête, je ne puis néanmoins me refuser à l'admettre, et cela pour les raisons suivantes.

D'abord, malgré la bonne conformation du bassin de la mère et le volume ordinaire de la tête fœtale, celle-ci est restée jusqu'à la fin assez élevée. De plus, le travail s'est effectué avec lenteur et même avec une certaine irrégularité, double circonstance reconnue rare dans les cas de présentation franche, et commune au contraire, ainsi que se hâta à y insister M. Depaul, dans les présentations irrégulières. L'obstacle que je rencontrai dans l'introduction de la première branche du forceps, puis les résistances inaccoutumées que m'offrit l'extraction, constituent aussi des présomptions d'une certaine valeur. Enfin les traces de l'une des cuillers sur la moitié gauche du front, et surtout la forte contusion existant en un point très-limité, sur le côté opposé du cou, me semblent prouver d'une manière suffisante que, quand elle fut saisie, non-seulement la tête était en position oblique, mais qu'elle était en outre légèrement inclinée sur l'épaule gauche. D'où il me paraît légitime de conclure que l'application directe du forceps sur les côtés du bassin expose l'enfant à la contusion du plexus brachial et à la paralysie lorsque, dans les positions obliques du sommet, la tête se trouve inclinée vers l'une ou l'autre épaule.

Pour éviter désormais cet accident, il serait donc opportun, quand le diagnostic est bien établi, de corriger préalablement l'irrégularité de la présentation; et en cas d'impossibilité, de préférer au moins à l'application latérale du forceps une application oblique de cet instrument. Quoi qu'il en soit, chez l'enfant de la Clinique, la paralysie diminua assez promptement sous l'influence d'une médication très-simple, et tout permet de supposer que l'amélioration a progressé jusqu'à complète guérison. Comme l'hémiplégie faciale, à laquelle M. Danyau l'a heureusement comparée, la paralysie du bras serait ainsi une affection réellement bénigne. Quant au fait de Smellie que M. Danyau assimile aux précédents, je le crois difficile de lui donner une interprétation absolument rigoureuse et inattaquable. Les quelques détails qui permettent de l'apprécier me semblent, en effet, insuffisants pour conduire à une démonstration complète. Toutefois, c'est

ici qu'il convient d'en discuter la valeur et la signification. Voici ce que dit Smellie dans son observation (1).

Une femme ayant eu déjà plusieurs accouchements très-faciles, et chez laquelle l'enfant se présentait par la face, était depuis longtemps en travail. « Il y avait environ les deux tiers de la tête descendus dans le bassin, et le menton était arrivé *jusqu'à la partie inférieure de l'ischium du côté droit*. » La femme étant couchée sur le côté, un oreiller entre les genoux et les fesses sur le bord du lit, Smellie fit une application de forceps (probablement de son forceps droit), de manière à placer les cuillers sur le côté de la tête, c'est-à-dire l'une en avant, derrière la symphyse pubienne, et l'autre en arrière, au devant du sacrum. Puis, faisant tourner le menton de droite à gauche jusque sous l'arcade des pubis, il termina l'accouchement sans de notables difficultés. « L'enfant, ajoute-t-il, naquit avec la face toute tuméfiée et la tête comprimée. Cette *longue compression* rendit les bras de l'enfant paralytiques, mais on remédia bientôt à cet accident au moyen des frictions et des embrocations qu'on lui fit. »

S'agit-il donc dans ce cas d'une paralysie complète des deux bras, ou seulement d'une paralysie des deltoïdes? C'est ce qu'il est impossible de décider d'après le récit laconique de Smellie. Mais ce qui importe davantage, c'est de savoir si la paralysie est réellement due à la pression du forceps.

Or, d'une part, il n'est fait aucune mention des empreintes, ni surtout des petites escharres que l'instrument eût sans doute déterminées, si la pression se fût réellement exercée sur les côtés du cou. D'autre part, il est difficile de s'expliquer comment les cuillers eussent pu atteindre cette région, puisque la tête en état d'extension complète paraît avoir été saisie suivant son grand diamètre, du menton à l'occiput, « le long des oreilles. » Je crois plus volontiers que la double paralysie dont il est question fut la conséquence d'une « *longue compression* » des épaules au détroit supérieur et de la contusion ainsi produite des nerfs circonflexes. Le travail, en effet, durait depuis longtemps lorsque Smellie intervint. Et d'ailleurs, cette circonstance que le menton était descendu « jusqu'à la partie inférieure de l'ischium » n'indique-t-elle pas que les épaules étaient elles-mêmes engagées au détroit abdominal, l'une en avant et l'autre en arrière, par conséquent soumises à une forte compression de la part de l'enceinte pelvienne?

Dans ma pensée, le cas de Smellie serait donc distinct des précédents. La paralysie aurait été probablement limitée aux muscles del-

(1) *Observ. sur les Accouch.*: traduct. de Prévaille, t. II, p. 586.

ides dont les nerfs sont faciles à contondre sur l'os qu'ils contour-
nent ; et de plus, la lésion aurait été produite, non par les cuillers
ou forceps, mais par la constriction du bassin sur les épaules du
fœtus.

Ainsi envisagé, ce fait devient tout à fait comparable à un cas
du même genre observé par M. Jacquemier. « Peu de jours après
la naissance, fort et bien constitué, dit ce savant accoucheur, l'enfant
qui était né après un travail assez long et assez pénible, le bras droit
était comme pendant et se tenait rapproché du tronc. Lorsqu'on l'éle-
vait il retombait comme une masse inerte... Les mouvements de la
main, de l'avant-bras s'exerçaient librement, mais sans que le bras y
part autrement qu'en se portant un peu en avant ou en arrière...
Au bout de quinze à vingt jours, l'harmonie dans l'aspect et les mou-
vements s'étant rétablie, je dus supposer que l'accident avait été
terminé par la compression du nerf axillaire contre l'humérus, dans
un point où il s'accrole à la face profonde du muscle deltoïde (1). »

De cette courte discussion, il me semble résulter en définitive que
l'observation de Smellie et celle de M. Jacquemier forment, dans
l'histoire des paralysies traumatiques du bras, une variété spéciale,
distincte de celle des deux premiers cas que j'ai étudiés et par sa
localisation au deltoïde, et par la nature de la cause vulnérante, et
enfin par une bénignité peut-être plus complète du pronostic.

RAPPORT.

M. BLOT donne lecture d'un rapport sur un travail de M. le docteur
Guéniot, ayant pour titre : *Paralysie du bras chez un nouveau-né, extrait
à l'aide du forceps.*

Messieurs,

Le fait qui a été soumis à votre appréciation par M. Guéniot est
relatif à un cas de *paralysie du bras chez un nouveau-né, extrait
à l'aide du forceps.*

L'enfant se présentait en O. I. D. A. ; la tête était parvenue au tiers
supérieur de l'excavation, quand notre confrère fit l'application du
forceps ordinaire dit forceps Dubois.

La branche gauche, introduite la première, pénétra avec quelque
difficulté, l'extrémité de la cuiller se heurtant contre un obstacle
imprévu ; après quelques tâtonnements, elle put être placée sur le
diamètre transversal du bassin ; la deuxième branche pénétra, au con-
traire, avec facilité ; l'extraction, dit M. Guéniot, n'offrit ensuite rien

(1) *Manuel des accouchements*, t. II, p. 168.

d'insolite, si ce n'est des tractions vigoureuses, qui ne lui parurent pas en rapport avec la simplicité apparente de l'opération.

Il est probable que, pendant ces tractions énergiques, un certain degré de pression sur les manches a dû être exercé. Il n'est rien dit, dans l'observation, de l'écartement des manches. M. Guéniot a également omis de nous faire connaître le degré plus ou moins grand d'introduction de l'instrument dans le bassin. Or je serais disposé à croire, sans rien vouloir affirmer à cet égard, que les cuillers avaient été enfoncées un peu trop profondément dans l'excavation relativement au degré d'abaissement de la tête, ce qui pourrait aider à faire comprendre la compression exercée par l'extrémité d'une des cuillers sur la partie latérale du cou, surtout si on suppose une certaine inclinaison latérale de la tête sur le tronc. Notre supposition aurait pu être vérifiée ou au contraire réduite à néant si nous trouvions, dans les détails de l'observation, l'indication précise des parties de la tête auxquelles répondaient les cuillers du forceps. Il n'en est malheureusement pas question. M. Guéniot nous dit seulement que la tête était saisie obliquement, le forceps étant placé aux deux extrémités du diamètre transverse du bassin.

Le point contus répondait exactement à la jonction du cou et de la poitrine, on voyait là une escharre noire, intéressant l'épaisseur de la peau dans l'étendue de 4 centimètre, au niveau du bord antérieur du muscle trapèze.

La paralysie résultant de cette lésion ne fut reconnue, par la mère, que onze jours après la naissance. Cette paralysie ne portait que sur le mouvement; la sensibilité était conservée; les fléchisseurs paraissaient moins affaiblis que les extenseurs. Il n'existait, d'ailleurs, aucune trace de fracture ni de luxation. Le deltoïde est plus paralysé que les autres muscles du membre supérieur.

Le 25 août (vingt jours après la naissance), une amélioration sensible s'était prononcée. A ce moment, l'enfant quitta l'hôpital des cliniques avec sa mère. Son état général était bon. Pendant le séjour à l'hôpital, le seul traitement appliqué consista dans des frictions avec le vin aromatique, répétées trois fois par jour.

Plus tard, M. Guéniot, malgré ses recherches, ne put revoir ce petit malade.

M. Guéniot rapproche du fait qu'il nous a communiqué un cas douteux de Smellie, et surtout une observation très-curieuse de M. Danyau, publiée en 1854 dans les *Bulletins de la Société de chirurgie* (t. II, p. 448). M. Guéniot rappelle que M. Danyau a expliqué la lésion du plexus brachial par l'inclinaison de la tête fœtale, qui rendait le cou plus accessible à l'extrémité des cuillers du forceps. Mais

n'était là qu'une simple hypothèse, car cette irrégularité dans la sensation n'avait pas été constatée directement avant l'application des forceps.

Cette constatation a également manqué dans le fait de M. Guéniot; notre confrère est porté à l'admettre également, à cause du long temps pendant lequel la tête est restée élevée, malgré une bonne formation du bassin et un volume ordinaire de la tête. Une seule raison porte encore M. Guéniot à admettre cette inclinaison de la tête fœtale : c'est l'obstacle qu'il a trouvé à introduire la première branche. Enfin les résistances insolites et inexplicables auraient qu'à présenter l'extraction le confirment dans cette manière de voir.

De tout cela, M. Guéniot tire cette conclusion, que « l'application directe du forceps sur les côtés du bassin expose l'enfant à la contusion du plexus brachial et à la paralysie, quand, dans les positions vicieuses du sommet, la tête se trouve inclinée vers l'une ou l'autre épaule. »

D'où il tire ce précepte que, « pour éviter désormais cet accident, serait opportun de corriger préalablement l'irrégularité de la présentation, et, en cas où cela ne serait pas possible, de préférer à l'application sur les parties latérales du bassin, une application directe de l'instrument, de telle façon que les cuillers répondissent exactement aux parties latérales de la tête. »

Mais, messieurs, ce conseil est celui qu'on trouve partout, et l'on n'a pas attendu que des accidents analogues à celui signalé par M. Guéniot se fussent produits pour les formuler. En effet, une application du forceps, pour être régulière, doit être faite de telle façon que la face interne des cuillers réponde aux parties latérales de la tête. Ce n'est donc pas là une modification à apporter aux préceptes généralement donnés, c'est tout simplement l'application d'une des règles les plus importantes sur la position qu'on doit donner à l'instrument. Ce précepte est même représenté par des figures dans plusieurs ouvrages, et, en particulier, dans celui de notre regretté collègue Cazeaux. On ne doit jamais l'oublier et ne cesser de s'y conformer, que quand il est absolument impossible de faire autrement. On sait, d'ailleurs, qu'il est facile de reconnaître les cas dans lesquels cette application dite régulière n'est point réalisée. Le grand avantage des manches, alors que le forceps est en place, l'indique d'une manière évidente.

Si, à cette application irrégulière, s'ajoute l'introduction trop profonde des cuillers, on comprend immédiatement comment les extrémités de l'instrument peuvent aller contondre les parties molles du cou.

M. Guéniot pense, à cause de l'amélioration qui s'est produite du onzième au vingtième jour de la naissance, que la guérison complète a dû avoir lieu. Je ne voudrais pas le nier, puisque l'enfant n'a pas été revu ; mais une lésion fonctionnelle du même genre, qu'il m'a été donné d'observer sur une petite fille de trois ans, ne me rend pas tout à fait aussi confiant que notre confrère. A cause de la rareté de ces faits, il ne sera pas sans intérêt d'en donner ici un très-court résumé :

En mars 1865, on amena chez moi une petite fille de trois ans, d'ailleurs parfaitement développée et bien portante, qui présentait une paralysie incomplète du bras, de l'avant-bras et de la main gauches. Cette paralysie portait surtout sur les muscles extenseurs. Le deltoïde écarte incomplètement le bras du tronc ; l'avant-bras est dans un état presque permanent de demi-flexion sur le bras ; les doigts sont assez fortement fléchis dans la paume de la main, et il faut faire un assez grand effort pour les étendre ; la sensibilité est parfaitement conservée. Cette enfant avait été extraite avec le forceps, et elle présente sur la tête et le cou les traces de cet instrument.

Malgré des frictions, des bains et plusieurs autres moyens, la paralysie persistait depuis la naissance. Quelques séances d'électrisation semblèrent d'abord apporter une légère amélioration ; mais, malgré cela, l'enfant, qui a aujourd'hui trois ans et demi, conserve un degré notable de paralysie. Elle ne peut saisir les petits objets, et donner à son membre toutes les directions qu'elle veut. Quand on lui commande certains mouvements du membre infirme, elle fait d'abord effort pour les exécuter, puis, instinctivement, elle prend ce membre avec le membre sain, pour le porter vers les objets qu'on veut lui faire saisir. Si elle parvient à s'en emparer, elle les serre comme convulsivement, et quand il s'agit de les abandonner, une nouvelle lutte mal ordonnée se livre entre les muscles extenseurs et les muscles fléchisseurs.

Je me crois donc autorisé à conclure de ce qui précède que, dans ces sortes d'accidents, il ne faudrait pas porter d'emblée un pronostic trop favorable en promettant, dans un avenir plus ou moins prochain, le rétablissement probable des fonctions dans leur intégrité. Les promesses qu'on ferait à cet égard devraient être toujours accompagnées des plus grandes réserves. Je ne crois donc pas surtout qu'on puisse dire d'une manière générale, avec M. Guéniot, que la paralysie du bras due à la cause qui nous occupe soit une affection réellement bénigne, puisque dans certains cas, comme nous venons de le voir, il peut en résulter pour l'enfant une véritable infirmité.

Malgré les quelques observations critiques qu'elle a suggérées à son rapporteur, la communication de M. Guéniot n'en offre pas moins un véritable intérêt, par cela même qu'elle ajoute aux faits si rares déjà connus, un nouvel exemple d'une lésion qui peut résulter d'une application irrégulière du forceps, à savoir la paralysie plus ou moins complète d'un ou des deux membres supérieurs, comme conséquence de la pression exercée par l'extrémité des cuillères de l'instrument.

En conséquence, messieurs, nous avons l'honneur de vous proposer :

- ° La publication dans nos *Bulletins* de l'observation de M. Guéniot ;
- ° L'inscription de notre confrère sur la liste des candidats au titre de membre titulaire.

DISCUSSION.

M. DEPAUL. Je ne saurais partager les craintes de M. Blot, quant à ce qui touche les paralysies qui résultent des applications de forceps. Les faits de paralysies du bras, consécutives à l'emploi des instruments, ne sont point aussi rares que le pense notre collègue ; j'en connais, pour ma part, trois cas, dont l'un m'est personnel ; j'ai pu guérir les malades, et les accidents ont disparu après un certain temps ; aussi je suis disposé à rapprocher les paralysies du membre supérieur de ces paralysies faciales résultant de l'application du forceps, lesquelles sont ordinairement très-peu graves.

La paralysie du bras tient certainement à une application irrégulière du forceps ; l'imperfection de la manœuvre ne doit pas être rapportée à ce que la tête est fléchie et inclinée sur le côté, mais bien à ce que l'instrument a été appliqué trop loin. Cela est si vrai, que dans les cas de céphalotripsie, alors qu'on agit plus franchement, n'est pas rare que l'extrémité antérieure de l'instrument arrive jusqu'à l'épaule. C'est ainsi que se sont produits les trois paralysies que j'ai observées. Le forceps avait pénétré trop profondément. La manœuvre que je viens de mentionner se commet fréquemment ; on ne tient pas assez compte, en général, de la hauteur à laquelle se trouve la tête au moment de l'application.

Quant à la gravité de ces paralysies, je pense, comme je l'ai déjà dit, que M. Blot en a exagéré la gravité ; notre collègue nous a parlé d'un cas qu'il n'a point observé à son début, aussi ne peut-il en tirer une conclusion rigoureuse.

M. BLOT. M. Depaul a parfaitement fait ressortir la véritable cause des paralysies du bras à la suite des applications de forceps. L'incli-

naison de la tête a été présentée comme une cause probable et efficiente de l'accident ; j'ai dû mentionner cette hypothèse. Par cela même que la tête s'incline sur le côté, la branche du forceps doit plus facilement atteindre les parties latérales du cou. Je maintiens ce que j'ai dit relativement au pronostic de ces paralysies. M. Guéniot a été trop loin en disant que c'était une affection réellement bénigne ; il n'a observé qu'un fait, et encore n'a-t-il point constaté la guérison. Si ces paralysies guérissent généralement, je crois qu'il est sage d'être toujours réservé, car il est possible que certaines de ces paralysies restent incurables.

ÉLECTION DES MEMBRES CORRESPONDANTS NATIONAUX.

Résultat du scrutin :

Sont nommés membres correspondants : MM. Delore, Sistach, Viard, Ancelot, Chepelain et Champenois.

M. Mordret a obtenu 42 voix, M. Monteille 5, M. Aubré 4, M. Sarrazin 3, MM. Dauvé et Lambron chacun 2, MM. Delacour, Perret, Dunal, Ancelon, Ferrand et Pénart chacun 4 voix.

RAPPORT.

M. DOLBEAU lit un rapport sur un travail présenté à la Société par M. le docteur de Saint-Germain, et ayant pour titre : *De l'érosion chancreuse*.

Messieurs,

En 1852, dans un livre qui a marqué une ère nouvelle pour l'étude de la syphilis, le docteur Bassereau insistait sur un fait important. Dans la grande majorité des cas, disait-il, 446 fois sur 470 malades observés, la roséole syphilitique est précédée d'un accident localisé qu'il faut désigner sous le nom de chancre érodé ou d'érosion chancreuse. Ces érosions, dit M. Bassereau, sont en général très-circonscrites et d'une forme à peu près arrondie ; on les voit cependant former parfois de larges érosions suppurantes d'une forme non déterminée.

Dans une autre partie de son travail, M. Bassereau ajoutait : ces érosions n'avaient jamais un fond déprimé, assez souvent même elles devenaient saillantes ; elles s'éloignaient de la définition classique du chancre induré, etc.

Le docteur Bassereau était, messieurs, le premier syphiliographe qui déclarait que le chancre infectant, loin d'être un ulcère taillé à pic, consistait le plus souvent en une petite surface plus ou moins

lure, simplement érodée. Que ce fût la peau ou une muqueuse, l'ulcération ne comprenait pas toute l'épaisseur de la membrane, mais a couché la plus superficielle; l'épiderme seul semblait manquer. Malgré cela, on persiste encore à décrire le chancre induré comme un ulcère plus ou moins creux, exceptionnellement représenté par une surface érodée, le chancre parcheminé de M. Ricord.

Pour tous ceux qui ont bien observé, le symptôme initial de la vérole est le plus souvent une simple érosion très-circonscrite et arrondie. L'ulcère superficiel, que nous connaissons tous, est ordinairement supporté par une base dure, première manifestation de l'infection syphilitique. Tel est le chancre classique, le chancre induré, le chancre infectant.

Dans quelques cas moins rares que ne le ferait supposer le silence des auteurs classiques, le chancre syphilitique se montre sous une apparence bien différente. Ce sont de larges excoriations de forme irrégulière, consistant en des surfaces planes, de niveau avec les parties saines environnantes. Ces larges érosions ne s'accompagnent pas, ou du moins cela est l'exception, de l'induration dite caractéristique. Ces larges érosions chancreuses peuvent occuper le fourreau de la verge, le scrotum, la peau de l'abdomen; j'en ai vu sur les côtés du nez, sur le pavillon de l'oreille, sur la lèvre inférieure, sur les membres, souvent sur la fourchette vulvaire.

Il faut avoir vu ces érosions pour ne s'y point tromper, il faut en connaître l'existence pour ne point interpréter faussement une manifestation aussi importante de la vérole constitutionnelle.

M. le docteur de Saint-Germain, frappé de l'importance de ce symptôme, a réuni de nombreuses observations qui lui ont permis de vous présenter une description exacte, prise d'après nature, et de vous lire un travail intéressant sur l'érosion chancreuse non indurée. Il ne s'agit pas, je le répète, du chancre érodé à base dure, mais d'un chancre infectant caractérisé surtout par une érosion très-superficielle ordinairement large et sans forme bien déterminée.

L'érosion chancreuse, dit M. de Saint-Germain, doit être envisagée quant à son centre et quant à ses bords. « Le centre est d'un rouge vif, d'un niveau très-égal. La couleur est à peine ternie, ça et là, par quelques gouttelettes d'un pus à peu près incolore. » — « Les bords ne présentent aucune différence de niveau avec le centre de l'érosion chancreuse; ils se confondent au contraire d'une manière insensible, sans que l'investigation la plus rigoureuse, pratiquée directement ou obliquement, puisse faire constater la moindre différence de niveau. Les bords sont donc complètement plats, mous, sans le moindre décollement; ils se continuent insensiblement, d'une part, avec l'ul-

cération elle-même, d'autre part, avec les téguments circonvoisins. »

Relativement à la base de l'érosion, voici ce que dit l'auteur du mémoire : « Lorsqu'on presse les bords, on ne constate aucune dureté ; il en est de même lorsqu'on tient en masse l'érosion entre le pouce et l'index. » — « Nous avons, à plusieurs reprises, répété cet examen, en cherchant notamment cette induration parcheminée que M. Ricord a décrite. Mais je puis affirmer, dit M. Saint-Germain, qu'il nous a été complètement impossible de constater ce symptôme. Il existe, au-dessous de l'érosion, une mollesse absolue. » — « Je vais même plus loin ; l'induration ne se manifeste à aucune des périodes de cette érosion, qui ressemble en tout point à un vésicatoire volant vers le deuxième jour, alors que l'épiderme est complètement détaché et que le corps muqueux se trouve mis à nu et qu'il est légèrement enflammé. »

Vous le voyez, messieurs, par ces diverses citations, empruntées au travail de M. de Saint-Germain, il ne s'agit pas ici du chancre érodé, que nous connaissons tous comme le type de l'ulcère infectant avec sa base dure plus ou moins épaisse, mais bien d'une érosion simple qui mérite certainement d'être décrite à part. Nous ne saurions donc remercier d'une manière trop complète notre confrère de nous avoir adressé son intéressant travail.

L'érosion chancreuse s'accompagne toujours d'accidents constitutionnels, et cela dans un temps assez rapide. Les observations qui vous ont été lues ici démontrent que la vérole qui débute par l'érosion est, en général, assez intense. Toutes ces considérations ont conduit M. de Saint-Germain à se demander s'il ne serait pas sage d'instituer le traitement antisypilitique aussitôt que l'érosion a été nettement constatée. Je ne saurais, pour ma part, accepter cette manière de voir, car je considère comme démontré que le traitement mercuriel n'empêche pas l'apparition des accidents secondaires. Quelques syphiliographes ont bien avancé que le traitement préventif avait pour résultat d'atténuer en quelque sorte les manifestations de la vérole ; c'est là une hypothèse qu'il faudrait appuyer par des preuves : une simple assertion me paraît insuffisante, alors qu'il est bien démontré qu'il y a vérole forte et vérole faible, tout cela en dehors de l'influence salutaire des préparations de mercure.

On peut le plus souvent, comme vous le savez, messieurs, affirmer, à la simple inspection de l'accident primitif, que l'économie est déjà imprégnée et que les accidents secondaires ne tarderont pas à se manifester. Faut-il, pour cela, commencer le traitement avant l'apparition de la roséole ou des plaques muqueuses ? Pour ma part, je n'hésite pas à me prononcer contre cette manière de faire. Je crois

qu'il n'y a pas d'inconvénients à attendre, et qu'il y a avantage à juger du degré de la syphilis par la nature et l'intensité des accidents qui l'accompagneront. Je crois, avec M. Bassereau, que l'accident primitif peut nous renseigner approximativement sur ce que sera la vérole; mais j'aime à voir le développement naturel de l'injection, j'aime à baser le pronostic de la syphilis surtout sur la forme et la nature des accidents secondaires.

Le mercure n'empêche pas le développement des accidents syphilitiques; il trouble, il pervertit l'évolution naturelle de la diathèse. L'expectation ne porte aucun préjudice aux malades; le traitement préventif ne les met pas à l'abri des accidents; il retarde ceux-ci, il les modifie, dit-on. Par conséquent, le traitement préventif ne peut avoir d'autres résultats que de nous induire en erreur. On pourrait même citer des observations dans lesquelles le traitement mercuriel n'a pas empêché le développement de ces syphilides qu'on a justement désignées sous le nom de syphilides malignes précoces. Bien plus, dans tous ces cas, on s'accorde à considérer le mercure non-seulement comme insuffisant, mais encore on l'éloigne comme un médicament nuisible.

Je reviendrai tout à l'heure sur cette question. Mais avant d'aller plus loin, je conclus que rien n'autorise à faire pour l'érosion chancreuse ce que l'expérience a démontré peu utile pour le chancre infectant envisagé d'une manière générale. Quelques observateurs ont même avancé que l'érosion correspondait à la forme bénigne de la syphilis; ce serait une raison de plus pour s'abstenir.

Ce qui précède m'amène tout naturellement à poser deux questions. Peut-être m'aideriez-vous, messieurs, à les résoudre. Dans tous les cas, vous trouverez, j'espère, comme moi, qu'il était utile que cet intéressant problème fût posé devant la Société de chirurgie.

Faut-il traiter la syphilis? Quel est le meilleur traitement de la syphilis?

Messieurs, nous ne voyons guère plus, de nos jours, ces formidables désordres que provoquait, il y a deux ou trois siècles, l'introduction dans l'économie du virus syphilitique. Au *xix^e* siècle, on ne meurt guère plus de la vérole. Faut-il en conclure que la vérole est mieux connue, mieux traitée? Cela est exact; mais là n'est pas toute la vérité. Pourquoi ne pas admettre que le virus syphilitique s'est modifié et épuisé en se transmettant de génération en génération, et cela à la manière du virus vaccin? L'expérience n'a-t-elle pas démontré que ce dernier virus s'était profondément affaibli, et qu'il était bien consolant pour l'humanité, que de nouvelles éruptions de cow-pox eussent permis de régénérer ce précieux préservatif de la variole?

La question est fort complexe. Mais je crois que l'on peut admettre que la syphilis a diminué d'intensité, que généralement elle est bénigne, et que les divers degrés de la vérole peuvent être mis sur le compte des individus, ou, si vous l'aimez mieux, que l'influence du terrain est grande sur le développement de ce virus absolument affaibli.

Je l'ai déjà dit, et cela après beaucoup d'autres observateurs plus compétents, il y a vérole et vérole, faible, moyenne et forte. C'est pourquoi il est utile, pour juger du degré de l'infection sur tel ou tel individu, de laisser la syphilis suivre son évolution normale sans la modifier par un traitement préventif. Mais voici les accidents secondaires arrivés; la roséole, les plaques muqueuses témoignent surabondamment de l'infection syphilitique. Faut-il faire un traitement? C'est, messieurs, ce que nous avons tous fait. Faut-il donner du mercure? C'est probablement votre pratique à vous tous, mais ce n'est plus la mienne.

Quand je réfléchis, messieurs, que je connais, et vous aussi bien certainement, des individus qui ont eu un chancre suivi de roséole, et qui n'ont plus eu de manifestations, quoiqu'ils n'aient suivi aucun traitement; quand je compte les observations nombreuses de syphilis non traitées qui se présentent journellement, à notre observation, à la dernière période de l'évolution; je veux parler de ces accidents tertiaires que nous guérissons si facilement avec l'iodure de potassium, quoique les malades n'aient jamais subi aucun traitement mercuriel; — quand, enfin, je repasse dans mon esprit les nombreux cas de récidive que j'ai observés après les traitements les mieux faits, je me demande à quoi sert le traitement mercuriel.

Messieurs, je ne viens pas ici faire encore une fois le procès au mercure. Nous savons tous les inconvénients inhérents à la médication mercurielle : chloro-anémie, défibrinisation du sang, stomatites, etc., etc. Tout cela n'est rien pour qui sait manier ce bon médicament. Mais à quoi sert le mercure contre la syphilis? — J'ai vu, à Lourcine, des femmes qui avaient été traitées par mes prédécesseurs, Cullerier, Bauchet, MM. Verneuil, Simonet, etc.; elles avaient pris des préparations mercurielles pendant des semaines, des mois, et elles se présentaient toutes avec l'éternelle plaque muqueuse qui s'observe avec tant de libéralité dans l'hôpital que je viens de citer. A quoi avait servi le traitement? Je n'en sais rien.

La vérole a diminué d'intensité, elle eût été bien autre sans le traitement: voici la réponse qu'on sera peut-être tenté de faire à ma question. Mais ce n'est pas là un argument, ainsi que je vous l'ai déjà dit.

Quelques-unes des malades traitées à Lourcine ont certainement

guéri, mais il reste à démontrer que celles-ci n'étaient pas dans la catégorie des individus dont je vous parlais il n'y a qu'un instant, et qui guérissent de la syphilis spontanément en dehors de toute médication spéciale.

Abandonnez vos malades sans traitement, ils guériront de leurs accidents secondaires; mais attendez la fin, et vous verrez. Voilà, messieurs, une sentence que m'ont souvent formulée les disciples de l'école du Midi. La question vaut la peine d'être résolue, j'ai comme vous une conscience qui parle, et je veux être en paix avec moi-même. Revenons donc plus avant le sillon :

1° Certains malades guérissent définitivement et par les seuls efforts de la nature ; 2° beaucoup de sujets, non traités par le mercure, se montrent journellement dans les hôpitaux généraux avec des accidents tertiaires, et l'iodure de potassium les guérit presque toujours parfois même avec une rapidité merveilleuse.

Voilà deux arguments qui permettent d'être plus en paix avec soi-même, en supposant qu'on ne donne pas de mercure aux individus qui ne sont encore qu'au début de la vérole.

Il reste les cas de syphilis malignes, mais vous savez que les toniques sont seuls employés, et que dans ces cas les préparations mercurielles sont nuisibles de l'aveu de tous les praticiens.

J'attends des preuves en faveur du traitement mercuriel. Ce que j'ai vu m'a peu convaincu de l'efficacité de cette thérapeutique ; non pas que je nie l'action du mercure, mais je crois que les sels mercuriels odifient l'évolution de la syphilis, la retardent peut-être, mais qu'ils ne la guérissent jamais. Pourquoi ne pas supposer que la syphilis abandonnée à elle-même subit une évolution naturelle ? Pourquoi ne pas se contenter des topiques contre les manifestations primitives et secondaires. On gagnerait ainsi la période ultime qui cède si manifestement à l'iodure de potassium.

La syphilis abandonnée à elle-même peut guérir, ou arriver sans inconvénient jusqu'à la période tertiaire. Les individus traités par le mercure ne guérissent pas absolument de la vérole, ils ont des récurrences fréquentes, et ils arrivent comme les autres à la période des gommages et des exostoses. Voilà les raisons pour lesquelles j'ai abandonné le traitement mercuriel.

Depuis plusieurs années j'ai expérimenté le bichromate de potasse comme antisyphilitique. Permettez-moi, messieurs, de vous exposer le plus brièvement possible le résultat de mes observations à ce sujet. Vous verrez que mes conclusions ne sont pas exclusives, mais qu'il y a peut-être là un nouvel argument contre la médication mercurielle.

En 1863, un jeune homme dont je connais la famille et que j'ai l'occasion de revoir fréquemment, vint me consulter pour un chancre induré de la verge avec pléiades inguinales, roséole très-évidente, plaques muqueuses de l'isthme du gosier. L'infection remontait à cinq semaines ; je prescrivis à mon client les pilules de protoiodure à la dose de cinq centigrammes chaque matin. Deux jours après, le malade revenait avec une stomatite intense, de la salivation. Je fis suspendre, et bientôt nous recommencions l'usage des pilules. Les mêmes accidents reparurent, mais j'exigeai que le malade continuât l'usage du médicament, espérant que la tolérance s'établirait bientôt. Il fallut cependant s'arrêter, car la salivation était extrême, le malade souffrait énormément, l'état général laissait à désirer.

Les purgatifs, le chlorate de potasse firent cesser les accidents, mais il fut nécessaire de continuer l'usage de ces moyens pendant plus d'un mois.

Dans cet intervalle, des plaques muqueuses s'étaient montrées sur le scrotum, à la marge de l'anus. Je conseillai la liqueur de Van-Swieten, à la dose de 40 grammes chaque jour, dans une tasse de lait. La stomatite reparut bientôt, et il me fut impossible de continuer l'usage du sublimé.

J'en étais là, désespéré, car alors j'avais une foi entière dans le mercure, lorsque je rencontrai un de mes amis, le docteur Leroux, chirurgien adjoint de l'hôpital de Versailles. Notre confrère me fit part de quelques essais qu'il venait de faire avec le bichromate de potasse. Les résultats étaient satisfaisants et les accidents se réduisaient à quelques troubles gastriques de peu de durée.

J'ordonnai donc à mon malade des pilules de bichromate de potasse. Cette nouvelle médication fut bien tolérée, et au bout de six semaines, c'est-à-dire cinq mois après le début des accidents, toutes les manifestations syphilitiques avaient disparu. Je fis prendre à mon malade l'iodure de potassium pendant un mois ; je lui conseillai les bains sulfureux. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis plus de trois ans, aucun symptôme syphilitique n'a pu être constaté de nouveau.

L'année suivante, janvier 1864, un de nos artistes les plus distingués vint me consulter pour des plaques muqueuses répandues à toute la surface des téguments ; quatre mois avant, il avait contracté un chancre qui avait duré sept semaines.

La syphilis était évidente, je le déclarai et j'engageai le malade à prendre du mercure. Quoique très-intelligent, mon artiste me débita toute espèce de sottises sur les effets funestes du mercure ; il avait lu, disait-il, les ouvrages de Raspail, et déclarait qu'il ne voulait point

à traiter par les sels de mercure. En présence de cette opposition, je songeai au bichromate. Cette médication fut acceptée, et après deux mois et demi tous les accidents cessèrent. La cure fut terminée par l'iodure de potassium et les bains sulfureux.

Depuis, le malade, que j'ai revu bien des fois, n'a jamais présenté de symptômes syphilitiques.

Presque en même temps je traitai, par le bichromate, un jeune homme qui m'était adressé par un médecin d'Enghien. Il guérit bien d'un chancre et de plaques muqueuses des amygdales. Le traitement dura au moins deux mois. J'avais perdu de vue ce malade, lorsque j'ai rencontré, l'été dernier, à l'Hôtel-Dieu; il était devenu étudiant en médecine, et j'ai pu savoir que la guérison persistait; la santé générale est excellente.

J'ai également guéri, après quatre mois et demi de traitement par le bichromate, un homme de soixante ans qui portait un large chancre de la lèvre inférieure avec plaques muqueuses de la gorge et roséole. J'ai revu le malade il y a quelques jours; il est toujours bien. L'observation a été recueillie à l'Hôtel-Dieu où le malade a fait un séjour de six mois.

J'avais parlé de ces faits dans une leçon clinique; l'un de mes auditeurs, étudiant en droit, me fit visite, s'offrant de constater sur lui-même les effets du bichromate de potasse; il avait un chancre, des plaques muqueuses de la gorge et de la peau, des croûtes dans les cheveux, etc.

La guérison de tous ces accidents a eu lieu après trois mois de traitement. J'ai revu mon malade et je suis certain qu'il ne manquerait pas de me prévenir si la récurrence survenait.

En 1865, alors que j'étais chirurgien de l'hôpital de Lourcine, j'avais sous ma direction deux salles de malades. Dans la première, toutes les femmes furent traitées par le bichromate de potasse *intus et extra*. Dans la seconde on donnait la liqueur de Van-Swiéten. Toutes les syphilitiques ont été également débarrassées de leurs accidents, peut-être un peu plus lentement pour celles qui prenaient le bichromate de potasse.

Je vous ai déjà dit, messieurs, que les récurrences s'observaient journellement à l'hôpital de Lourcine, quoique les malades eussent fait un traitement mercuriel pendant deux et trois mois. Il était donc désirable de savoir dans quelles proportions les récurrences auraient lieu après usage du bichromate de potasse. A ce sujet j'ai fait des recherches dont voici les résultats.

Les malades de Lourcine sont assez fidèles à l'établissement; quand elles sont atteintes de nouveaux accidents, il est rare qu'elles ne se

présentent pas de nouveau. On peut donc en consultant les registres de l'hôpital estimer approximativement le nombre des récidives.

434 malades atteintes de syphilis ont été traitées dans mon service pendant l'année 1865; sur ce nombre, 80 ont pris le traitement mercuriel, et depuis, 44 de ces malades ont été admises pour des récidives; 44 récidives sur 80, c'est un peu plus de moitié. 54 femmes ont pris le bichromate de potasse, et sur ce nombre il y a eu 30 récidives.

Pour bien apprécier ces faits, il faudrait tenir compte de la durée du traitement, ce qui est extrêmement variable, suivant les cas. Je donne les chiffres tels que je les ai recueillis.

Ne croyez pas, messieurs, que mes conclusions soient favorables à l'emploi du bichromate de potasse; non, je suis et je veux rester dans le doute. Mais ce que je puis affirmer, c'est que l'usage de ce médicament a été sans inconvénient, qu'il n'a pas empêché les accidents de disparaître, et que par conséquent on peut en conseiller l'essai.

Je terminerai donc en posant un dilemme : 1° ou bien le bichromate de potasse est un antisypilitique, ou bien il est sans action sur la vérole; 2° si le bichromate est un antisypilitique, il est préférable au mercure, qui a des inconvénients multiples; mais si le bichromate est sans action sur la vérole, il faut conclure que cette maladie abandonnée à elle-même peut suivre son évolution et guérir spontanément, sans l'intervention des préparations mercurielles.

Dans ce qui précède je n'ai fait allusion qu'aux faits les plus ordinaires, j'ai laissé de côté les exceptions; car si, pour juger une pareille question, on traitait dans l'exposé des faits particuliers, anormaux, il serait impossible d'arriver à une solution de l'intéressant problème que j'ai cru devoir poser devant la Société.

Messieurs, sans sortir de la règle, en prenant pour terrain de discussion ce qui se passe sous nos yeux, dans les hôpitaux, et en laissant de côté ces histoires plus ou moins problématiques qui prennent leur origine dans la pratique de la ville, on peut formuler une opinion sur le traitement de la syphilis. Mais, direz-vous, nous avons guéri, nous guérissons tous les jours des malades par l'emploi du mercure. A cela je réponds : moi aussi, j'ai observé des faits semblables, mais de plus j'ai guéri avec le bichromate; j'ai vu des malades qui avaient guéri tout seuls et qui n'avaient que des accidents tertiaires, lesquels cédaient merveilleusement à l'iodure de potassium. Que conclure, je vous le demande? Je n'ose le faire; j'attends que l'expérience de chacun de vous vienne, non pas pour me donner raison, mais bien qu'elle éclaire d'un jour tout nouveau la question si délicate que je vous soumetts.

J'ai besoin de vous dire, messieurs, en terminant, que j'ai été précédé dans cette direction par des observateurs éminents, et en particulier par M. Diday (de Lyon).

Messieurs, si cette lecture a pu vous offrir de l'intérêt, j'ose espérer qu'elle disposera favorablement vos suffrages en faveur de M. le docteur Saint-Germain, dont je prends la liberté de vous recommander la candidature.

DISCUSSION.

M. DESPRÉS. La question soulevée par M. Dolbeau me paraît d'un très-grand intérêt. Je partage les opinions de notre collègue M. Dolbeau sur le peu d'efficacité du traitement mercuriel, je vais même un peu plus loin que lui. Je produirai ici la statistique des observations de mon service, à l'hôpital de Lourcine, et je puis dire à l'avance que les malades traitées par moi, au moyen d'un traitement tonique et épurateur, ne sont pas plus revenues à l'hôpital que celles qui avaient été soumises au traitement mercuriel chez MM. Jaccoud et Panas, mes collègues ; l'un donnait du sublimé, l'autre du proto-iodure.

Le traitement mercuriel est donné empiriquement, il faut le juger aujourd'hui par des observations.

En attendant, je puis dire que j'ai traité des malades par le mercure et que la récurrence est survenue aussi promptement chez elles que chez celles qui n'avaient fait aucun traitement. J'ai reçu aussi dans mon service des malades qui sont entrées à l'hôpital anémiques et avec une récurrence après avoir pris régulièrement 250 et 300 pilules de proto-iodure ; ceci me permettra de demander plus tard aux partisans du mercure ce qui constitue un traitement régulier et bien complet.

M. GUÉRIN. J'ai écouté avec grand intérêt le rapport lu par M. Dolbeau ; je craignais d'abord de me trouver en opposition avec notre collègue relativement à l'action thérapeutique du bichromate de potasse, mais ses conclusions sont absolument très-réservées, et je suis d'avis qu'il faut attendre de nouvelles observations avant de conclure.

J'entends M. Dolbeau et après lui M. Després émettre la proposition que le mercure serait à peu près inutile dans le traitement de la syphilis, et cela à cause de la fréquence des récurrences. C'est une erreur de croire qu'on peut guérir la vérole en quelques mois ; le retour des accidents, c'est la règle, et il est même impossible de préciser combien il faudra de temps pour guérir définitivement les individus infectés. Il ne faut pas conclure des récurrences à l'insuffisance du mercure ; si les malades ne guérissent point, c'est le plus souvent parce

qu'ils se refusent à persévérer dans la médication. Les accidents secondaires guérissent d'eux-mêmes après un temps qui varie, mais certains d'entre eux sont rebelles au mercure tout aussi bien qu'au bichromate de potasse.

J'ai vu des malades qui n'avaient point été traités, je les ai observés, et loin d'être partisan de l'expectation, je crois que plus on attend et plus la guérison de la vérole est chose difficile. Les recherches de M. Bassereau sont surtout précieuses en ce sens qu'on peut, par l'examen des accidents primitifs, la couleur du chancre, les engorgements ganglionnaires multiples, etc., reconnaître la maladie et instituer un traitement immédiat, car, je le répète, l'efficacité du traitement est d'autant plus grande qu'on commence plus tôt; alors l'économie n'est point aussi profondément imprégnée.

Les préparations mercurielles et spécialement le proto-iodure ne produisent pas la salivation pourvu qu'on engage les malades à se gargariser dès le début du traitement. Je repousse les frictions à cause de la difficulté de doser le médicament.

Les conclusions de M. Dolbeau sont très-réservées sans doute, mais je tenais à formuler mon opinion sur le traitement de la syphilis.

La Société décide, sur la proposition de M. Verneuil, que la discussion sur le traitement de la syphilis sera différée jusqu'au moment où le rapport de M. Dolbeau aura été imprimé.

M. LE PRÉSIDENT informe la Société qu'une demande signée de vingt membres vient d'être déposée sur le bureau. Cette demande, qui a pour but de nommer membre honoraire de la Société M. le professeur Henri Boulay, est renvoyée à une commission de cinq membres afin qu'il soit fait un rapport.

COMMUNICATION.

M. PANAS présente une malade qu'il a traitée d'un kyste hydatique de l'abdomen au moyen d'un trocart qu'il a imaginé. M. Panas désire faire constater la guérison, se réservant de développer sa communication ultérieurement.

M. BOINET. Je crois devoir faire remarquer qu'on trouve dans l'abdomen de la malade, actuellement présentée, une grosseur assez notable qui renferme, suivant moi, une certaine quantité de liquide.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1867.

Présidence de M. LEGUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. le président annonce à la Société que M. Philipeau assiste à la séance. Il ajoute que M. le professeur Velpeau est actuellement rétabli et son indisposition.

CORRESPONDANCE.

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux de la semaine ;

Le *Bulletin de la Société protectrice de l'enfance* ;

Le *Journal de médecine de Bordeaux* ;

Le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique* ;

Le tome XXXI du *Bulletin de l'Académie impériale de médecine de Paris* ;

Le tome XXVII (2^e partie) des *Mémoires de l'Académie impériale de médecine* ;

Le tome XVII des *Transactions of the pathological society of London* ;

Le *Catalogue of the pathological museum of Saint-Georges hospital*, 1866 ;

Le tome II du *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, par M. le docteur Wecker ;

La *Médecine militaire en France et en Amérique*, par le docteur E. Goze, médecin principal de 4^e classe ;

Le *Manuel d'opérations chirurgicales*, par le docteur Dubrueil, professeur de la Faculté, 4^e fascicule. *Ligatures d'artères*.

La correspondance manuscrite comprend :

Un mémoire sur les hémorrhagies produites par les polypes fibreux de l'utérus, et une observation de fracture du fémur, par le docteur Rousse de Fontenay (Vendée). (Commission : MM. Guyon, Trélat, Tarnier.)

Une observation de kyste osseux de la paupière supérieure, par M. le docteur Rizet, médecin-major au 4^e régiment d'artillerie. (Rapporteur : M. Perrin.)

Une lettre MM. Robert et Collin, accompagnant l'envoi d'un spéculum laryngien ayant beaucoup de rapport avec celui du docteur de La Bordette (de Lisieux).

MM. Chassaignac et Forget écrivent pour demander une prolongation de congé.

COMMUNICATION.

Fracture comminutive de la voûte du crâne. — Hernie du lobe antérieur du cerveau. — Pas de paralysie. — Conservation des facultés. — Fracture du rocher par continuité. — Pas d'écoulement sanguin ni séreux par l'oreille.

M. A. GUÉRIN. Permettez-moi de vous communiquer une observation qui trouverait sa place naturelle entre les discussions relatives au diabète traumatique et au trépan.

Il s'agit d'un homme qui, dans une chute du second étage, se fractura le crâne avec enfoncement et destruction d'une masse considérable du cerveau.

L'observation, qui a été recueillie avec beaucoup de soin par M. Reverdin, un de mes internes, vous dira que cet homme, dont le crâne a subi une perte de substance considérable, a eu, pendant vingt-trois jours, le lobe antérieur droit du cerveau exposé à l'air; que, sous l'influence de la suppuration et de la contusion, tout ce lobe a perdu sa consistance et paraît frappé de gangrène, et que, malgré cette destruction, la mémoire et les autres facultés intellectuelles ont été conservées.

La polydipsie, dont le malade a souffert durant le cours de sa maladie, doit être rapprochée du diabète, bien que l'on n'ait pas constaté de sucre dans l'urine.

On est étrangement surpris en apprenant que la destruction de tout un lobe du cerveau n'a pas suffi pour causer la mort, et l'on ne peut trop déplorer que l'infection purulente soit venue mettre un terme à une observation qui eût encore présenté un intérêt plus grand, au moment de l'élimination des parties mortifiées, car, en examinant les pièces que je mets sous vos yeux, vous constaterez avec moi que là où la dure-mère est devenue adhérente au cerveau il y a déjà un commencement de travail de réparation. Cette adhérence établit une ligne de démarcation entre le mort et le vif, et l'on se demande ce qui serait arrivé si l'infection purulente ne s'était pas produite. Le cerveau se serait-il cicatrisé et par quel mécanisme cette cicatrisation se serait-elle opérée?

Telle qu'elle est, cette observation est intéressante au point de vue du pronostic; elle prouve que l'on peut vivre longtemps avec une lésion profonde de certaines parties de l'encéphale; elle n'offre pas moins d'intérêt pour la physiologie, puisque la destruction du lobe

érieur droit n'a causé ni la perte de la mémoire que Gall avait localisée dans la région sourcilière, ni la coordination de la pensée, puisque le malade a toujours répondu à nos questions de la manière plus précise.

Parfois, il a eu un vague délire, mais sa pensée n'a jamais été abolie que par instants fort courts. S'il a conté je ne sais quelle histoire à l'interne qui l'interrogeait, il a toujours, à l'heure de la visite, fait preuve de présence d'esprit, et souvent il s'est montré rusé pour se soustraire aux opérations et pour avoir les aliments et les boissons qu'il désirait.

Enfin il n'était pas aphasique, bien que la troisième circonvolution ait été grandement compromise; mais la lésion était à droite, et nous voyons qu'un de nos collègues a soutenu que la circonvolution du côté gauche préside seule à la faculté du langage.

L... (Pierre), âgé de vingt-cinq ans, serrurier, entré le 25 janvier 1867. Mort le 17 février. Autopsie le 19 février.

Le 25 janvier, étant à son ouvrage, cet homme tombe d'un second étage; il dit n'avoir pas perdu connaissance, mais il ne se souvient plus de ce qui s'est passé alors. Il entre le soir à l'hôpital.

On trouve, dans la région frontale droite, deux plaies dont les bords sont assez nettement coupés; l'une, longue de 4 centimètres environ, dirigée horizontalement à 6 centimètres au-dessus du sourcil; la seconde, oblique en bas et en dedans, a une étendue de 3 centimètres, et se termine à 3 centimètres de la queue du sourcil droit.

Toute la partie droite de la face est considérablement tuméfiée; la paupière supérieure abaissée et violacée; la vue est nette; on soupçonne une paralysie faciale, mais le gonflement empêche de s'assurer d'une façon certaine; le malade dit que les bruits de la salle sonnent dans sa tête d'une façon pénible.

La palpation fait reconnaître, au niveau des plaies, une crépitation assez fine, et il s'écoule du sang, de sorte que, la tuméfaction masquant l'état des os, on pourrait penser que l'on a affaire ici à de la crépitation sanguine; cependant, au niveau de l'apophyse orbitaire interne, cette crépitation paraît nettement osseuse.

Pendant la nuit, le malade repose bien, mais à six heures il se lève et vomit des matières mélangées de sang, du moins à ce que disent les gens de service; la religieuse nous dit, en outre, que la plaie a donné issue à des matières blanches, ressemblant à de la cervelle. Le soir, il paraît que le malade a eu une épistaxis. Aucun écoulement sanguin ou séreux ne se fait par les oreilles.

Le matin (26 janvier), le pouls est à 88, plein, la peau chaude ; le malade est couché sur le dos, parfaitement calme, les yeux fermés, mais dès qu'on l'interroge, il regarde et répond bien, un peu lentement, il est vrai, et en se faisant souvent répéter la question.

Céphalalgie violente, sensibilité et motilité des membres parfaitement intactes.

On panse les plaies avec des compresses imbibées d'eau pure et recouvertes d'une vessie en caoutchouc renfermant de la glace. Deux bouillons.

Pendant la nuit suivante, le malade est agité et a du délire ; ce qui force à lui mettre la camisole.

Le 27, les douleurs de tête continuent, sans fièvre ; M. Guérin lui fait faire une saignée de trois palettes pour prévenir les accidents cérébraux.

Le 28, la somnolence continue, l'intelligence est toujours nette. les réponses un peu lentes, pas de fièvre ; le malade n'a pas été à la selle. Calomel, 4 gramme.

Le soir, nous constatons l'issue de substance cérébrale par la plaie. La paupière droite reste toujours abaissée, et si on la relève, elle retombe aussitôt ; la pupille est très-dilatée ; l'œil, projeté en avant, immobile et la conjonctive sans ecchymose, mais très-hyperhémiee. Les douleurs de tête persistent très-vives. Le lendemain, on est obligé de renouveler la dose de 4 gramme de calomel.

Le 30, le pouls est toujours plein, peu accéléré, les réponses sont un peu plus lentes, la langue chargée, et le malade commence à se plaindre d'une soif vive, qui ne fait que croître les jours suivants et dure jusqu'à quelques jours avant la fin. Cette polydipsie fait soupçonner, chez lui, l'existence possible d'un diabète dû à la lésion cérébrale. Il boit, dans les vingt-quatre heures, une quantité de liquide qui monte à six ou huit litres ; la quantité d'urine rendue dans le même temps, et mesurée le 7 février, montait à trois litres et demi environ. Cette urine est assez colorée, et, examinée par l'interne en pharmacie, elle n'a pas présenté trace de sucre. La quantité d'urine rendue ne paraît pas en rapport avec celle des liquides absorbés, et pourtant le malade ne sue pas, et demande l'urinoir ; mais comme il laisse aller souvent ses matières fécales sous lui, il est probable qu'une certaine quantité d'urine est rendue en même temps. Sa soif n'est pour ainsi dire jamais assouvie ; dès qu'on s'approche de son lit, il demande à boire, et, son verre vidé, il en demande un second.

Le 30, on lui fait prendre 0^{gr},05 de tartre stibié dans un pot de tisane.

Le soir, il a, au rapport de la religieuse, des convulsions des

ombres et de la face, qui ne durent qu'une minute à peine, et pendant la nuit il est un peu agité. (Les parents, interrogés, ont affirmé qu'il n'a jamais eu d'attaques d'épilepsie.)

Pendant la journée, il est toujours somnolent ; l'intelligence paraît un peu plus troublée ; il répond toujours bien, mais il joint à ses réponses très-lucides des récits extravagants, il nous parle du roi Henri qui est son frère, dit-il, et à qui il a fait une statue ; un autre jour, c'est son propriétaire qui lui a envoyé 30,000 francs, ou bien il a faim et veut se lever pour faire des crêpes. Ce demi-délire n'a, du reste, rien de violent et persiste, plus ou moins marqué, jusqu'aux derniers jours du malade.

Quant aux phénomènes de paralysie, voici ce qui a été observé : à la reprise nous avons pincé la peau des membres supérieurs et inférieurs, nous lui avons fait faire des mouvements ou serrer nos mains, et jamais nous n'avons pu constater rien d'anormal. Mais n'en est pas de même de la face. Le gonflement ayant disparu peu à peu, il est devenu parfaitement évident que la moitié gauche de la face restait tout à fait immobile ; les paupières de l'œil gauche restaient toujours entr'ouvertes quelques efforts que fit le malade pour compléter l'occlusion ; d'un autre côté, aucun écoulement sanguin ni séreux par l'une ou l'autre oreille ; un jour seulement on trouva un peu de sang desséché sur le pavillon de l'oreille gauche, mais il ne venait pas du conduit auditif, mais probablement des plaies. M. Guérin est amené, par la constatation de ces faits, à diagnostiquer une fracture du rocher gauche, ce que l'autopsie a du reste confirmé.

Du côté droit pas de paralysie faciale. Mais l'œil est fortement projeté en avant ; la conjonctive est boursoufflée, injectée ; la paupière abaissée, la pupille plus dilatée qu'à droite, et cela très-largement ; de plus, l'œil est immobile ; en présentant une lumière devant celui-ci, en tenant la paupière relevée et en portant cette lumière en divers sens, le malade fait des efforts inutiles pour suivre ces mouvements ; cependant la vue est intacte, il compte les doigts qu'on lui présente et reconnaît les objets. Cet état a persisté jusqu'à la fin, si ce n'est d'une ou deux fois nous avons vu l'œil pouvoir exécuter des mouvements très-bornés en haut et aussi en dehors. Il est probable que le nerf moteur oculaire commun est altéré de quelque façon ; peut-être aussi les autres nerfs moteurs de l'œil.

Cela dit, nous reprenons les faits observés jour par jour.

Le 1^{er} février, le pouls est à 88 ; les réponses sont lucides, mais le malade nous fait les récits dont nous avons parlé. Le gonflement a disparu et la paralysie faciale est bien nette.

M. Guérin agrandit la plaie externe et retire un fragment semblant provenir de la partie externe du rebord orbitaire. On voit alors, au fond de la plaie, le cerveau agité de mouvements isochrones au pouls. M. Guérin lie quelques artérioles et fait faire un pansement au cérat, recouvert toujours par la vessie pleine de glace.

Le lendemain, le pouls n'a pas changé, et le malade dit avoir faim. Les plaies suppurent. Même état mental.

Le 3, M. Guérin agrandit la seconde plaie et tente en vain d'extraire un fragment qui paraît mobile, mais qui est engagé entre les fragments voisins, de manière à faire craindre de blesser le cerveau si l'on employait la force nécessaire pour l'extraire. En portant le doigt au fond de la plaie, on sent très-bien plusieurs portions d'os enfoncées au-dessus et en dehors de l'orbite.

Le 4, les plaies suppurent assez abondamment ; le pus est en contact avec les circonvolutions mises à nu et commençant à faire hernie par la plaie ; la paupière supérieure droite est toujours abaissée, quoique le gonflement de la face ait disparu. La somnolence persiste, mais on en tire toujours facilement le malade ; il se plaint de la soif et de la faim. Une côtelette.

Le 6, pouls, 104. Peau modérément chaude ; langue blanche.

Le 8, la paupière supérieure droite est rouge, douloureuse, tuméfiée et fait une saillie considérable. M. Guérin extrait, par la plaie interne, un fragment de 2 centimètres de long, sur 4 centimètre et demi de large. Suppuration abondante.

Le soir, le pouls bat à 108 ; il se maintient au même chiffre le lendemain. La paupière est encore plus tuméfiée, le sillon orbito-palpébral supérieur est tout à fait effacé et remplacé par une surface convexe. On sent, en introduisant le doigt par la plaie externe, une ouverture de la boîte crânienne de la grandeur d'une pièce de dix sous, à bords irréguliers, et on arrive sur le cerveau baigné par le pus, sans interposition de la dure-mère.

Le 10, M. Guérin extrait du fond de la plaie deux petits fragments de bois. Tisane de chicorée : le malade la boit avec avidité.

Le 11, pouls à 104. En explorant les deux plaies avec le doigt, on trouve, en allant de dehors en dedans, l'ouverture mentionnée, puis un fragment enfoncé après lequel en vient un autre qui l'est moins ; il occupe la partie interne de la plaie externe et s'étend jusqu'à la plaie interne. M. Guérin réunit les deux plaies et extrait ce fragment mobile, mais adhérent au périoste par sa partie supérieure, on l'en détache assez facilement, sauf en haut, où il faut le couper ; ce fragment anguleux a 5 centimètres de longueur, sur 2 centimètres et demi de largeur ; un second fragment de 4 centimètre et demi de

ongueur sur 4 centimètre un quart de largeur, placé en dehors du récédent, est extrait sans difficulté. En portant le doigt en dedans, on sent un fragment enfoncé d'environ un quart à un demi-centimètre.

Du reste, la suppuration paraît de bonne nature; la somnolence a disparu, mais le teint présente une coloration un peu jaunâtre.

Le soir, le pouls est à 104; le malade souffre de la tête, et la somnolence est de nouveau plus marquée.

Le 12, pouls à 104. Douleurs de tête; la somnolence a diminué, le teint est plus jaune. Le cerveau se présente dans la plaie, et il fait une saillie qui arrive presque au niveau de la peau; il est saigné de pus un peu grisâtre, et agité de pulsations isochrones aux pouls, sur lesquelles la respiration n'exerce aucune influence.

M. Guérin extrait encore un petit fragment de bois. Le doigt porté en dehors du cerveau, entre la paroi osseuse et lui, pénètre dans une sorte de scissure profonde de la substance cérébrale; plus en dehors, il arrive sur une arête osseuse dirigée d'avant en arrière: c'est qu'un fragment détaché de la région temporale a basculé en dehors et en bas par son bord inférieur. L'arête est formée par la portion de l'os dont elle s'est détachée. Pansement simple.

Le 13, pouls à 124, teint très-jaune, céphalalgie, langue sèche, fuligineuse. Le malade n'a pas été à la selle depuis plusieurs jours. Calomel, 0^{gr},80.

M. Guérin incise la paupière et donne issue à du pus crémeux assez abondant; mais l'exophtalmie ne diminue en rien. La plaie suppure abondamment, et la hernie est plus saillante encore qu'hier. Deux petites ulcérations se sont formées au niveau de la partie médiane du front et d'un fragment enfoncé. Cérat recouvert d'un cataplasme sur la hernie du cerveau.

Le 14, pouls à 124, peau chaude; la hernie n'a pas diminué; la substance cérébrale a une coloration grisâtre. M. Guérin explore de nouveau la plaie; il trouve en dedans de la hernie un pont osseux paraissant peu enfoncé, puis un fragment enfoncé par son bord externe, et limité en dedans par une simple fêlure.

Le malade n'a pas été à la selle, malgré le purgatif. Une bouteille de limonade purgative. Pansement simple.

Le soir, le pouls est à 140; le malade a été agité toute la journée; la plaie exhale une odeur très-forte; la soif paraît un peu moins vive.

Le 15, pouls à 144. La nuit a été plus tranquille. Le pus est moins abondant et se dessèche sur les pièces de pansement; la surface de la hernie est elle-même grisâtre et un peu sèche. Toute la joue et la tempe sont fortement tuméfiées.

M. Guérin extrait un fragment de 4,3 de largeur sur 4,2 de longueur; il est nécrosé à sa partie inférieure, qui correspondait au fond de la plaie et formait ce pont osseux non enfoncé à la partie interne de la hernie; sa partie supérieure est vivante, vascularisée et adhérente au périoste, dont on la détache avec la spatule.

Le soir, le pouls est 444 à 448.

Le 46, pouls à 424; 30 inspirations par minute; langue sèche, fuligineuse, ainsi que les dents. Le malade est assoupi, ne parle que peu, mais répond encore bien, et dit ne pas souffrir. La peau et les sclérotiques sont jaunes; la plaie est desséchée et exhale une forte odeur.

Le soir, pouls à 452, 40 inspirations; carphologie. Le malade est très-assoupi, et ne répond qu'en bredouillant.

Le 47, le pouls, petit et irrégulier, oscille entre 440 et 455. La respiration est embarrassée, ronflante; on compte 56 inspirations. Peau chaude, un peu humide, d'une couleur jaune clair; langue et dents sèches, narines pulvérulentes, parole embarrassée, adynamie complète. Le malade ne se plaint pas, ne demande presque plus à boire et va sous lui.

M. Guérin extrait deux fragments à la partie externe de la plaie; l'un d'eux n'est nécrosé qu'en partie. Hémorrhagie en nappe assez abondante.

Les plaies sont sèches.

Le malade meurt à trois heures après midi, sans autre phénomène.

On n'a constaté aucun frisson durant les derniers jours.

Autopsie. — Les poumons, emphysémateux à leur bord antérieur, sont congestionnés aux bords postérieurs, qui présentent à la base des noyaux arrondis, superficiels, durs; ce sont des abcès métastatiques à diverses périodes, les uns encore formés de masses rouges ayant l'aspect et la consistance de l'hépatisation, les autres formés à leur centre de matière jaune, friable, mais pas encore liquide. Pas de liquide dans la cavité pleurale.

La rate, volumineuse et diffuente, présente à la face externe un noyau jaunâtre de la même nature que ceux des poumons.

Le rein gauche paraît grasseux; le droit est volumineux et hyperhémie.

Les autres viscères ne présentent rien de particulier.

Crâne et cerveau. — La portion humide du cerveau s'est desséchée et affaissée; ses bords se sont, par suite, écartés de la brèche osseuse qui lui donnait passage. Cette ouverture, à bords irréguliers et entourée de plusieurs fragments plus ou moins enfoncés, présente

ne étendue équivalente à une pièce de cinq francs environ. Les tissus qui entourent cette brèche sont infiltrés d'un liquide grisâtre, à odeur gangréneuse; le muscle temporal droit présente une coloration gris verdâtre, et est parsemé de petits foyers de pus créneux. Il en est de même des muscles ptérygoïdiens du côté droit, et de la dure-mère, qui tapisse la fosse moyenne du crâne à droite; les nerfs maxillaires, de ce côté, présentent la même coloration, ainsi que le muscle releveur de la paupière; la peau de la paupière elle-même est décollée et séparée du muscle orbiculaire par du pus sanieux.

Quant aux os, une fois mis à nu, on trouve le frontal, la partie antérieure du temporal et toute la voûte orbitaire brisés en une multitude de fragments; quelques-uns de ces fragments sont encore enfoncés, soit du côté du cerveau, soit du côté de l'orbite.

De ces os littéralement broyés, partent plusieurs fissures étendues et rayonnant dans diverses directions, soit du côté de la voûte, soit du côté de la base du crâne. L'une d'elles s'étend d'avant en arrière jusqu'au delà de la partie moyenne du pariétal droit. Une fêlure incomplète a permis à un large fragment placé à la partie interne de la brèche du frontal, de s'enfoncer par son bord externe, tandis que son bord interne reste adhérent par la lame profonde de l'os. Une seconde fissure s'étend de la voûte orbitaire jusqu'à la partie postérieure de la fosse sphénoïdo-temporale droite, mais sans arriver jusqu'au rocher. Enfin, une troisième fissure part également de la voûte orbitaire, traverse obliquement la partie antérieure de la selle turcique, et arrive au trou déchiré antérieur, où elle se perd pour reparaitre plus loin sur le rocher gauche, qu'elle divise d'avant en arrière à 2 ou 3 millimètres en dehors du conduit auditif interne.

Enfin la fracture s'étend jusqu'à la face inférieure du sphénoïde, et tous les tissus qui avoisinent les apophyses ptérygoïdes sont infiltrés de sanie grisâtre.

Cerveau. — Pour enlever le cerveau, il faut diviser un tissu dur et criant sous le scalpel, formé par l'adhérence de la dure-mère avec les parties extérieures au crâne. Sur les bords de l'ouverture osseuse, le cerveau lui-même présente les lésions suivantes : le lobe frontal droit et une partie du lobe sphénoïdal sont infiltrés de liquide grisâtre, mous, mais un peu desséchés à la superficie, et labourés par les fragments enfoncés. Voici, du reste, l'étendue des parties altérées : à la face inférieure, elles occupent tout le lobe frontal et une partie du lobe moyen en arrière de la scissure de Sylvius; la circonvolution d'enceinte de cette scissure présente un foyer rempli de pus sanieux occupant la partie de cette circonvolution qui borde en

arrière la scissure à sa partie interne; à la face externe, les lésions n'occupent que la moitié antérieure du lobe frontal, et la face interne n'est atteinte que dans une partie étendue en avant (la troisième circonvolution est complètement altérée).

Une fente irrégulière divise profondément le lobe frontal en deux moitiés, une interne, une externe, et entre les lèvres de cette large plaie, qui s'étend surtout à la face inférieure, on trouve un caillot brun épais.

Sur toutes les parties lésées qui présentent les apparences d'un tissu mortifié, on ne trouve aucun vestige des méninges.

Sur leur limite, la dure-mère est épaissie, d'un gris foncé, parsemée de petits points jaunes formés par du pus, et adhère solidement aux parties subjacentes; au-dessous d'elle, la cavité arachnoïdienne renferme des fausses membranes épaisses, de couleur jaunâtre.

La pie-mère, enfin, sur les limites de la lésion, est vascularisée; elle recouvre des circonvolutions qui présentent une coloration grisâtre bornée à la couche superficielle; cependant leur consistance est un peu molle.

Le lobule de l'insula, placé plus en arrière, paraît sain.

Toutes les autres parties de l'encéphale sont exemptes de lésions. Il en est de même des parties molles de l'orbite, à l'exception du muscle releveur. Le nerf moteur oculaire commun n'a pu être suivi; mais il était probablement altéré, son trajet correspondant à des parties gravement compromises.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Kyste dermoïde de l'ovaire (inclusion). — Ovariectomie.

M. GIRAUDÈS. J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie les pièces anatomiques provenant d'une ovariectomie que j'ai pratiquée samedi, à l'hôpital des enfants, chez une jeune fille âgée de seize ans, non réglée.

Voici, en résumé, l'histoire de cette opérée :

A l'âge de huit ans, cette jeune fille avait été admise dans le service de chirurgie de l'hôpital des Enfants, alors dirigé par M. Guersant, pour une tumeur de la cavité abdominale, tumeur qui a été regardée comme une inclusion fœtale. Il y a cinq ans, elle entra de nouveau dans le même service, et comme mon prédécesseur, j'ai constaté dans la même région l'existence d'une tumeur dure, que j'ai regardée aussi comme une inclusion fœtale. Mais comme la présence de ce produit n'occasionnait chez la jeune malade aucun trouble, au-

une gêne dans les fonctions, je la renvoyais, en lui recommandant de venir me retrouver au cas où cette tumeur prendrait de l'accroissement et que son volume apporterait de l'embarras dans les diverses fonctions. C'est ce qui est arrivé ; la jeune fille entra pour la troisième fois à l'hôpital au commencement de février.

Après un examen attentif, j'ai pu me convaincre que le volume de cette tumeur avait presque doublé, et qu'elle déterminait des troubles fonctionnels de nature à réclamer une intervention chirurgicale. L'exploration de l'abdomen permit de constater que ce produit semblait composé de deux parties : l'une dure, arrondie, comme osseuse, occupant la partie inférieure ; l'autre molle, constituant la partie supérieure, le tout formant une tumeur se développant en forme de croissant autour de l'ombilic. Une ponction exploratrice, faite à la partie supérieure, donna issue à une matière crémeuse composée de globules gras, de matière granuleuse, d'épithélium et de quelques paillettes de cholestérine ; la nature de ce liquide confirma notre diagnostic. L'opération fut décidée.

Dans le but d'assurer autant que possible le succès de l'opération, j'ai résolu de la faire dans la salle et dans le même lit que l'opérée occupait. L'opération a été faite le samedi, en présence de mes deux collègues, les docteurs Roger et Labric. La malade fut anesthésiée au moyen de l'éther. Une incision de 0,40, faite couche par couche sur la ligne médiane, découvrit la tumeur ; celle-ci, trop volumineuse pour pouvoir être extraite par la plaie, m'obligea à prolonger l'incision en haut, dans l'étendue de 0^m,02 ; cela fait, la main introduite dans l'abdomen après quelque manœuvre amenait au dehors la masse morbide ; le pédicule fut lié au moyen d'un fil ; un clamp fut appliqué sur ce pédicule sectionné au moyen de l'écraseur. Le péritoine nettoyé, la plaie fut réunie au moyen de fils métalliques, et l'abdomen, couvert avec une flanelle imbibée d'un mélange d'eau et de laudanum, maintenue par une ceinture de flanelle. Du bouillon et une boisson aromatisée avec du rhum, furent pris avec plaisir dans la journée.

Le soir, la jeune opérée était aussi bien que possible, à part une grande fréquence du pouls, 120. Point de vomissements, point de tension du ventre, point de douleurs abdominales. Le même état se continue dans la journée du lendemain. Même fréquence du pouls. Pilules de 0^m,02 d'extrait gommeux d'opium toutes les deux heures ; bouillon ; pour boisson, une infusion sucrée et aromatisée avec du rhum. Vers le soir, menace de hoquet ; nuit mauvaise, vomissements. Dans la journée du troisième jour, ballonnement du ventre, pouls très-rapide, 140, aggravation de cet état dans la journée ; mort le soir, à huit heures, trois jours après l'opération.

Autopsie. — Décomposition du cadavre; ballonnement considérable du ventre; péritonite étendue; liquide séro-sanguinolent, fétide dans la cavité du petit bassin; ovaire du côté opposé, contenant un grand nombre de vésicules de Graef.

Examen de la tumeur. — Ce produit morbide a son siège dans l'ovaire du côté droit; il est formé d'une coque fibreuse, parcourue par un grand nombre de veines volumineuses et un contenu en grande partie solide, constitué par une masse grasseuse mêlée d'une grande quantité de cheveux noirs et blancs, etc., très-longs, enroulés, perdus dans cette production suiffeuse.

L'enveloppe de ce produit pathologique est constituée par une membrane dont l'épaisseur est variable; entourée de toute part par le péritoine, elle est parcourue par des veines d'un gros volume, se divisant en réseaux serrés et très-fins. Cette membrane d'enveloppe est de nature fibreuse; elle se continue avec du tissu conjonctif qui la sépare d'une surface dermoïde constituant sa partie interne. L'intérieur de cette poche ou de ce kyste est hérissé de cheveux très-longs, présentant un bulbe très-bien organisé et des glandes sébacées en très-grand nombre. Au milieu du kyste, comme se détachant de sa surface interne, on trouve un grand nombre de petits kystes remplis d'une matière visqueuse; quelques-uns ont le volume d'un œuf de poule. A la partie inférieure de la poche-mère et dans l'épaisseur de ses parois, se rencontre une plaque osseuse de près de 0^m,10, enroulée d'un périoste et présentant tous les caractères du tissu osseux.

La constitution anatomique de cette tumeur, sa congénitalité confirme en tout point le diagnostic posé, à savoir qu'elle appartient à la classe des kystes dermoïdes de l'ovaire, à une variété d'inclusion fœtale.

M. TRÉLAT. Dans une autopsie pratiquée il y a quelques semaines, on a trouvé par hasard chez la même malade, deux kystes semblables à celui que vient de présenter M. Giraldès. Je rappelle ce fait pour faire remarquer que l'existence d'un kyste dermoïde dans chacun des deux ovaires doit peut-être faire éloigner l'idée d'une inclusion fœtale.

LECTURE.

M. PHILIPPEAUX donne lecture d'un travail ayant pour titre : *Contracture des muscles de la hanche simulant la coxalgie et sans lésion de la jointure.*

— **M. LARREY** demande si l'auteur du mémoire s'est préoccupé de résoudre la question du diagnostic entre la contracture des muscles de la hanche et la coxalgie simulée, telle qu'on l'observe quelquefois

chez les conscrits. Dans les deux cas, les symptômes sont les mêmes et l'emploi du chloroforme peut servir à éclairer la question.

M. BOUVIER désirerait que la question du diagnostic fût considérée en tenant compte de la sacro-coxalgie.

M. MARJOLIN. Je voudrais savoir quel était l'âge des malades qui ont été observés par M. Philipeaux. Jusqu'ici j'ai vainement cherché chez les enfants des contractures idiopathiques de la hanche; je n'ai pu trouver que la coxalgie au début, compliquée de changement dans la position du membre.

M. DEMARQUAY. Dans un cas de contracture, la douleur articulaire était tellement vive qu'on aurait pu commettre une erreur de diagnostic : le chloroforme a permis de constater l'intégrité de l'articulation.

M. BOUVIER. Je confirmerai pour ma part la proposition émise par M. Marjolin. Chez les enfants je n'ai observé que l'arthrite à son début; quant à la contracture, on l'observe surtout chez les jeunes filles vers l'âge de la puberté.

Le diagnostic est parfois très-difficile; nous avons, avec M. Guersant, soigné une jeune fille, pendant un an, pour une coxalgie qui a guéri du jour au lendemain à la suite d'une tentative d'anesthésie par le chloroforme.

M. PHILPEAUX. Mes malades étaient de jeunes enfants; l'un d'eux, âgé de quatre ans, avait en même temps un mal de Pott.

M. BOUVIER fait remarquer que les contractures de la hanche sont communes dans les maladies du rachis et qu'il ne faudrait pas confondre ce symptôme avec les contractures idiopathiques.

M. GIRALDES. La communication de M. Philipeaux me surprend, car moi aussi, je n'ai observé chez les enfants que des coxalgies, ou bien des attitudes vicieuses de la hanche consécutives à l'atrophie de certains muscles.

M. PHILPEAUX. Ce qui caractérise les contractures de la hanche ce sont, d'une part, les douleurs vives, d'autre part, la rémission temporaire dans les symptômes et enfin la disparition de l'attitude vicieuse sous l'influence du chloroforme.

A cinq heures moins un quart la Société se forme en comité secret.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1866.

Présidence de M. LEGOUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine ;

Le n° 1 de la *Gazette médico-chirurgicale de Foulouse* ;

Le numéro de janvier du *Bulletin de la Société de médecine de Marseille* ;

Du cancer de la colonne vertébrale et de ses rapports avec la paraplégie douloureuse, par M. le docteur Léon Tripier ; thèse inaugurale, 1867 ; Victor Masson, avec planches ;

Della Riduzione incruenta nelle ernie inguino-crurali strozzate, par le docteur Giambattista Borelli, deuxième édition, 1866 ;

Osservazioni di ernie gravemente strangolate, condotte a guarigione mercè la riduzione col metodo Borelli, par le docteur Pietro di Gaudanzi (de Vercell) ;

Handbuch der Kriegschirurgie, de J. Neudörfer, Leipzig, 1867.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Ablation du calcaneum par la méthode sous-périostée. — M. GIRALDÈS présente un jeune enfant auquel il a pratiqué l'ablation du calcaneum par la méthode dite sous-périostée. Le malade a été opéré en décembre dernier ; il marche bien, et il est incontestable que des productions nouvelles ont remplacé l'os qui a été enlevé en totalité, ainsi qu'on peut en juger par la pièce pathologique mise sous les yeux de la Société.

La Société se souvient, ajoute M. Giraldès, sans doute du malade que je lui ai présenté, et chez lequel 10 centimètres de l'humérus réséqués ont été reproduits par le périoste. Je viens aujourd'hui vous montrer un autre enfant pour lequel j'ai fait une résection du tibia avec conservation du périoste. Il s'agissait d'une fracture compliquée de la jambe avec consolidation angulaire. La Société peut voir, en examinant l'enfant, que le membre est complètement redressé, mais qu'il n'y a point eu de consolidation osseuse, et cependant l'opération emonte à quatre ans et l'immobilité du membre a été longtemps

maintenue. Dans une circonstance analogue, la même opération a été suivie d'une consolidation parfaite.

M. VERNEUIL. Les observations de M. Giralès ont une importance considérable au point de vue de l'influence du périoste sur la reproduction des os enlevés. Le premier fait est aussi démonstratif que possible : le calcaneum est reproduit ; il serait même impossible de soupçonner qu'une opération aussi radicale a été pratiquée sur le pied de cet enfant. Quant au deuxième fait, il est moins satisfaisant, mais qui n'empêche pas les résections sous-périostées d'avoir une grande valeur.

M. LE FORT. Ainsi que l'a très-bien dit M. Giralès, il eût été difficile d'enlever le calcaneum de son jeune malade autrement qu'en conservant le périoste. Quant aux résections proprement dites articulaires, c'est bien autre chose que lorsqu'il s'agit de l'ablation d'un os isolé et malade. Je crois inutile la conservation du périoste ; on a vu des articulations se reproduire quoique le périoste eût été enlevé ; tout dépend des mouvements que l'on imprime à la jointure réséquée.

M. PERRIN. Je ne saurais partager l'opinion émise par M. Verneuil ; les faits qui nous sont présentés sont loin de démontrer l'importance des résections sous-périostées. Quand une maladie a pour conséquence d'isoler les os de leur périoste, la reproduction est en quelque sorte fatale après l'ablation de l'os nécrosé ; c'est ce qui est arrivé pour le malade de M. Giralès. La vaste excavation qui a succédé à l'extraction du calcaneum s'est comblée par des tissus plus ou moins durs, mais on n'est point en droit de dire que c'est une régénération modèle. Le deuxième malade qui nous a été présenté offre beaucoup plus d'intérêt en ce sens que toutes les conditions de la reproduction des os par le périoste se trouvaient réunies. Malgré la conservation de la gaine périostale, malgré l'immobilité prolongée, la consolidation n'a point été obtenue, le résultat est donc négatif ; à l'heure qu'il est on peut dire que la reproduction des os par le périoste n'a point encore été sanctionnée par des faits cliniques, car, je le répète, il faut laisser de côté ces maladies spéciales qui, en isolant le périoste, assurent la reproduction d'une manière presque fatale.

M. VERNEUIL. Si le résultat a été négatif pour la résection du tibia, il ne faut point perdre de vue que dans un cas analogue M. Giralès a obtenu un succès complet.

M. GIRALÈS. On peut expliquer l'insuccès de mon opération en admettant, ce qui est probable, que j'ai décollé le périoste sans enlever la couche génératrice qui le double, et sans laquelle toute reproduction d'os est impossible, ainsi que cela résulte des travaux de Goodsir qui remontent à 1845.

M. LARREY. Je me rallie complètement à l'opinion développée par M. Perrin. La question historique est confirmative des travaux de M. Sédillot, et je persiste à croire que les expériences si ingénieuses de M. Ollier manquent encore d'une confirmation clinique suffisante.

ÉLECTIONS.

Élection d'un membre honoraire. — La Société, sur le rapport favorable de la commission, procède à l'élection d'un membre honoraire.

M. le professeur Henri Bouley est nommé membre honoraire de la Société de chirurgie.

Élection d'un membre titulaire. — 25 votants. M. de Saint-Germain obtient 43 voix, M. Liégeois 7, M. Leroy d'Étiolles 3, M. Sée 4, M. Guéniot 1.

En conséquence, M. de Saint-Germain est nommé membre titulaire de la Société de chirurgie.

Discussion sur le trépan.

M. BROCA croit utile en commençant de résumer les points importants de l'observation qu'il a communiquée à la Société et qui a provoqué la discussion actuelle. Je ne veux pas, dit-il, m'occuper des faits qui n'ont point d'analogie avec l'observation que je viens de résumer, je ne veux m'occuper que des indications du trépan pour les enfoncements du crâne ; dans les autres cas on ne connaît point exactement la nature des lésions, et cela suffit pour rejeter presque absolument le trépan. Quand il existe un enfoncement du crâne, le diagnostic est des plus faciles : la question du trépan semblerait donc plus simple à résoudre ; cependant il est bon de rappeler qu'à l'époque où l'on trépanait indistinctement pour toutes les blessures du crâne, il n'y avait de discussion que pour les cas d'enfoncements. Hippocrate avait déjà dit qu'il faut éloigner le trépan lorsqu'on a à traiter un enfoncement considérable ; Desault ayant réuni un certain nombre de cas de guérison pour des individus qui n'avaient point été opérés, nia l'efficacité du trépan, et là a pris naissance cette sorte de réprobation pour une opération qui est parfois très-utile.

Nous n'avons point de statistiques pour juger la question ; on a beaucoup insisté sur les cas de guérison et l'on a trop laissé de côté les nombreux cas où l'expectation a été suivie de mort. Il est juste de dire qu'on a également trop insisté sur les guérisons obtenues après l'application du trépan.

Il y a une catégorie de faits dont on n'a pas assez tenu compte ; beaucoup d'individus guérissent avec des enfoncements du crâne sans

avoir été trépanés; mais parmi les individus qui survivent, un certain nombre reste dans un état d'imbécillité qu'on ne doit pas méconnaître. Il n'en est point ainsi après les opérations de trépan, les individus guérissent radicalement ou ils succombent.

Les blessés qui guérissent d'un enfoncement du crâne sans avoir été trépanés, sont encore exposés à des accès épileptiformes que la trépanation a fait cesser dans certains cas. Voilà certainement autant de motifs pour ne pas rejeter absolument le trépan et, pour ma part, je m'en déclare partisan dans des conditions déterminées.

Lorsqu'il y a un enfoncement pur et simple, sans plaie, il faut attendre si les accidents cérébraux n'existent point. Lorsque l'enfoncement est énorme, il y a ordinairement des accidents immédiats qui réclament l'intervention. Quand les accidents surviennent, il faut agir vite, et je suis prêt à reconnaître que j'ai trop tardé dans le cas de mon jeune blessé. Je m'explique le succès que j'ai obtenu, d'une part, en considérant l'extrême jeunesse de mon opéré; d'autre part, la période tardive à laquelle je suis intervenu. La plaie cérébrale était voisine de la cicatrisation et, par suite, dans des conditions capables de s'opposer à la propagation de l'inflammation traumatique, qui enlève un certain nombre d'opérés. J'estimerai que le moment favorable pour intervenir serait vers le quinzième jour après l'accident.

Je me résume en disant : 1° les fractures du crâne avec enfoncement ne comportent pas l'emploi du trépan quand il n'y a pas de complications cérébrales; 2° quand l'enfoncement se complique d'accidents cérébraux, il faut agir, si les phénomènes sont inquiétants; 3° quand il n'y a point d'urgence, eu égard à la nature des accidents, il faut de préférence attendre le quinzième jour.

M. DEGUISE. Je m'associe à tout ce qui vient d'être dit par M. Broca; je suis encore plus radical que lui. En restreignant la question aux cas d'enfoncements, je ne comprends pas qu'il puisse y avoir de dissentiments entre les chirurgiens, l'indication me paraît formelle. Toutes les fois que l'on constate l'enfoncement, il est sage de relever les fragments. L'application d'une ou de plusieurs couronnes de trépan ne peut compliquer la situation des blessés. Il n'y a point longtemps qu'on parlait ici d'un individu qui avait gardé dans le crâne, et pendant quatre-vingt et quelques jours, une culasse de fusil; c'est par hasard qu'on a fait l'extraction de ce corps étranger; mais en présence d'un diagnostic certain, eussiez-vous, je vous le demande, différé l'extraction de ce corps étranger jusqu'au début des accidents qu'il pourrait provoquer, ainsi que semble le conseiller notre collègue M. Broca? Évidemment non; et dans le cas même où l'extraction eût nécessité l'emploi du trépan, on eût bien fait d'inter-

venir de suite. L'opération du trépan est si simple que je ne comprends pas que l'on hésite dans les cas d'enfoncement.

Je suis plus radical que M. Broca, en ce sens que j'agis de suite. convaincu que plus on attend, plus on expose les blessés aux accidents consécutifs.

M. VERNEUIL. Je regrette aussi l'absence des statistiques pour juger la question du trépan; j'attends, pour trépaner, qu'il y ait des indications positives. La recherche des foyers de compression est une chimère qu'il faut abandonner.

J'ai pratiqué deux fois l'opération du trépan; il s'agissait de cas absolument désespérés; l'opération n'a point amélioré les malades, mais elle n'a été pour rien dans la terminaison funeste. Je trouve très-suffisantes les indications si bien rappelées par M. Deguise; il faut agir le plus tôt possible. Je déposerai, du reste, une courte note relative aux deux faits que je viens de mentionner.

M. PERRIN. Si j'ai bien compris la pensée de M. Deguise, les indications de la trépanation sont pour lui tellement nettes, tellement simples qu'elles ont à peine besoin d'être discutées. Elles s'imposent en quelque sorte d'elles-mêmes. Je ne saurais partager cette opinion; je considère au contraire la question qui nous occupe comme l'une des plus obscures, des moins précises de la pratique chirurgicale.

Après avoir entendu les communications de nos honorables collègues, MM. Broca et Verneuil, j'ai quelque raison de croire qu'ils partagent mon avis sur ce point.

Mais cette divergence d'opinions est plus apparente que réelle. Elle s'explique par la différence des points de vue auxquels nous nous sommes placés.

Il résulte clairement des paroles de M. Deguise, qu'il n'entendait parler que de l'extraction des corps étrangers, pièces osseuses ou autres, qui compliquent fréquemment les fractures du crâne avec perte de substance de l'os. Oh! dans ce cas particulier, le doute n'existe pour personne; pour tous les chirurgiens, je crois que l'indication est nette, précise. Il faut débarrasser la plaie de tout ce qui la rend plus grave, faire, comme on dit d'une façon générale, d'une plaie compliquée une plaie plus simple. fallût-il recourir à l'application d'une ou de plusieurs couronnes de trépan. Cette sorte de débridement à l'aide duquel on agrandit ou bien on régularise la brèche osseuse, peut à peine porter le nom de trépanation.

L'embarras n'est pas là. Mais s'il s'agit de tracer les règles à suivre dans les cas de traumatisme du crâne non suivis de perte de substance osseuse, accompagnés du cortège de symptômes et d'accidents que nous connaissons tous, c'est autre chose. S'agit-il, par exemple,

la forme la plus commune des fractures du crâne par choc direct, celle dans laquelle de larges pièces osseuses, circonscrites par des bords de fracture, sont inclinées l'une vers l'autre de façon à produire l'enfoncement de la voûte, que faudra-t-il faire? Faudra-t-il trépaner dans tous les cas pour redresser les os? Faudra-t-il régler son intervention sur la profondeur, l'étendue de l'enfoncement, sur son âge, sur l'âge du sujet, sur la nature ou la violence des accidents concomitants, etc.? S'agit-il encore de la conduite à tenir quand on voit à l'existence d'un épanchement de sang ou de pus dans la cavité arachnoïdienne, dans les mailles de la pie-mère? Autant de questions qui surgissent à l'esprit, et que je pose devant vous sans m'engager à les résoudre complètement.

Ainsi que le disait très-judicieusement M. Broca, il n'existe pas de statistique qui autorise à prendre parti pour l'intervention ou pour l'abstention dans ces conjonctures difficiles. Les faits ne manquent pas, à proprement parler; mais leur signification varie complètement avec les conditions dans lesquelles ils se sont produits. Les idées théoriques ont tellement prévalu jusqu'alors en ce qui concerne la trépanation, qu'il suffit d'énoncer cette proposition pour la faire accepter. Quel enseignement tirer, par exemple, de cette statistique désolante publiée par M. Broca et relevée par M. Trélat : quatorze opérations de épan pratiquées dans les hôpitaux de Paris pendant une période donnée..., 13 morts? Absolument rien, puisque de nos jours on n'a jamais conservé chez nous, dans la pratique, que la trépanation *in extremis*. En aucun temps la chirurgie n'a ressuscité les morts!

Bien que la question du trépan ne puisse être aujourd'hui résolue d'une façon magistrale, je suivrai l'exemple de M. Broca, et je risquerai quelques remarques qui m'ont été suggérées par l'induction et par mon observation personnelle.

M. Broca a présenté d'une façon très-simple les indications du trépan dans les cas dont je viens de parler. Si je ne me trompe, elles peuvent se résumer ainsi : Après l'accident, attendez. Quand surviennent les complications, trépane. C'est vers le quinzième jour que l'indication surgit le plus ordinairement.

Je ne saurais partager la manière de voir de notre collègue. La rainure invoquée par lui pour ajourner la trépanation immédiate, sauf, en entendu, les cas exceptionnels dont a parlé M. Deguise, et au sujet desquels nous sommes tous d'accord, c'est que la rupture des membranes d'enveloppe du cerveau peut amener, si l'on trépane peu de temps après qu'elle s'est produite, une pénétration de l'air dans la cavité arachnoïdienne, tandis qu'après un certain temps, des adhérences s'établissent et forment une barrière protectrice. J'aurais com-

pris que la nature si confuse des effets qui suivent immédiatement les chocs du crâne, conduisit notre collègue à cette réserve. Dans tous les cas, en effet, ou peu s'en faut, la situation semble tout de suite très-grave : on est assommé sur le coup. Et puis, après quelques heures ou quelques jours tout au plus, la santé succède presque sans transition à cet état, qui est presque la mort apparente. Mais la raison que M. Broca a fait valoir pour justifier la temporisation, me semble plus théorique que pratique.

A la rigueur, il est possible que la trépanation faite, la dure-mère étant rompue par la cause vulnérante, de l'air s'introduise pendant les mouvements rythmés d'expansion et de retrait de la masse encéphalique. Aucune expérience ne démontre ce fait physique, aucun observateur ne l'a signalé. Mais acceptons-le comme vrai ; nous sommes sûrs, au moins, qu'il n'est pas bien redoutable. Je n'en voudrais d'autre preuve que le fait si intéressant de M. Broca. Le blessé avait une brèche au crâne, une rupture de la dure-mère : l'air a-t-il pénétré en petite ou en grande quantité dans la cavité arachnoïdienne ? Je n'en sais rien. Mais ce que je sais, c'est qu'aucun accident qui lui soit imputable n'a révélé sa présence. Ce fait n'est pas exceptionnel, il représente la règle ; il représente ce que les chirurgiens d'armée constatent habituellement à la suite des coups de feu ou d'armes blanches qui produisent une perte de substance au crâne.

J'en conclus que la trépanation ne me paraît pas plus grave immédiatement après l'accident que plus tard. Je trépanerais et je conseillerais de trépaner au moment même où se présente l'indication, sans trop m'occuper de savoir si la blessure est récente ou ancienne.

Cette indication, pour M. Broca, est subordonnée aux complications. Lorsque celles-ci surviennent, il faut trépaner le plus tôt possible. Il me paraît indispensable d'ajouter à ce précepte un commentaire qui certainement existait dans la pensée de notre collègue. Toutes les complications des fractures du crâne ne réclament certainement pas le trépan ; à cet égard, il importe beaucoup d'établir une distinction. Parmi les symptômes, les uns sont généraux ; ils se traduisent par la perturbation ou la suspension de l'une ou de plusieurs des fonctions des centres nerveux. Ici, ce sera une perte complète du sentiment ou du mouvement ; ailleurs, ce sera des convulsions, des contractures des membres, etc. ; ailleurs encore, l'abolition de l'intelligence ou des sens, du délire, etc. Dans ces circonstances, le trépan me paraît formellement contre-indiqué, quelle que soit d'ailleurs l'époque relative de leur production. A quoi bon, en effet, recourir alors à une opération ? Ou bien les accidents de ce genre sont légers et disparaissent spontanément après quelques heures ou

ut au plus quelques jours (c'est ce que l'on observe bien souvent la suite des coups des chutes sur la tête; ici, la trépanation serait idemment très-blâmable); ou bien ils sont très-graves, et se rattachent au développement d'une méningo-encéphalite, d'une encéphalite consécutive, etc. Dès lors, quel service peut-on espérer d'une uronne de trépan? Comment peut-on espérer qu'elle modifiera avantageusement l'inflammation du cerveau ou de ses membranes; qu'elle médiera à un épanchement de sang diffusé au loin, et étalé en quelque sorte entre la boîte osseuse et le cerveau?

Pour moi, la trépanation n'est indiquée qu'autant que la complication est bien définie, localisée, circonscrite, les autres fonctions cérébrales restant intactes. Je citerai, comme exemple, les accès épileptiformes, une hémiplegie, peut-être une céphalalgie préexistante sur ce même point, etc. Dans ces cas, il me semble utile de trépaner, et de trépaner le plus tôt possible, puisque tout ajournement, sans avantage défini, a le grave inconvénient de laisser s'accroître le danger.

Cela veut-il dire que dans tous ces cas on aura fait une opération utile, salutaire au malade? Non, évidemment. Il en est qui guérissent très bien, malgré l'abstention. En voici un exemple :

Pendant le siège de Sébastopol, un capitaine du régiment de grenadiers reçut, à mes côtés, au-dessus de l'oreille droite, un éclat de bombe qui enfonça la portion écailleuse du temporal. Le blessé, renversé sur le coup, resta quelque temps sans connaissance; puis il revint à lui avec la plénitude de ses facultés, comme s'il n'eût reçu qu'une légère contusion. Le moment était critique : nous étions à la veille du premier assaut de Malakoff. Il voulut rester à son poste. Quelques heures plus tard, il tomba brusquement frappé d'hémiplegie, avec autres symptômes concomitants.

A quelque cause que l'on ait songé à rattacher ce dernier accident, l'opération du trépan semblait bien indiquée. Mais nous étions sur le terrain; je n'avais ni installation ni instruments appropriés; j'évaluai le blessé à l'ambulance la plus rapprochée. J'appris, quelques jours après, qu'une paralysie complète du mouvement avait rapidement succédé à l'hémiplegie. La mort était devenue imminente. Cet état se prolongea pendant quelques jours, après lesquels la motilité et l'intelligence reparurent progressivement. A partir de ce moment, l'état du blessé s'améliora de jour en jour. Chose digne de remarque, il survint alors des accès épileptiformes et un certain nombre de convulsions délirantes. Néanmoins, la guérison fut complète au bout de deux mois, et le malade fut évacué en France par mesure de précaution. Il reprit son service, et le continua, sans ressentir la moindre

gène de son grave accident, jusqu'en 1860, époque à laquelle il vint succomber, au Val-de-Grâce, à une pneumonie alcoolique.

Évidemment si j'avais pratiqué la trépanation dans ce cas, j'aurais été bien tenté de lui attribuer quelque influence salutaire. Et pourtant je me serais trompé puisque le malade a guéri sans opération. J'ajouterai même que l'autopsie m'a fait voir que le trépan n'aurait point remédié à la cause des accidents.

On voit en effet, sur la pièce que je mettrai sous vos yeux, que le trait de fracture a divisé un vaisseau et probablement la dure-mère. Ce vaisseau aura donné naissance à une hémorragie en nappe, à laquelle il est rationnel d'attribuer et l'hémiplégie et la perte complète du mouvement. Or, on sait ce que vaut le trépan contre cette complication.

Jusqu'alors je n'ai eu en vue que les grands traumatismes du crâne ayant amené une rupture des os, une déchirure de la dure-mère. Les quelques réflexions qui précèdent montrent combien sont rares les indications du trépan en pareil cas.

Mais il est d'autres circonstances dans lesquelles la trépanation pourrait, je crois, rendre des services moins problématiques; je veux parler des simples contusions du crâne avec ou sans fêlure de l'os. Ici la dure-mère est intacte, l'accident paraît sans gravité, c'est une simple plaie dont on surveille peu les conséquences, et pourtant l'expérience a montré depuis longtemps aux chirurgiens que cette bénignité insidieuse masquait parfois de graves dangers contre lesquels on est peu en garde parce que le blessé semble guéri depuis longtemps. Dans un cas ce sera une exostose siégeant au niveau de la contusion; dans un autre ce sera un décollement du péricrâne et de la dure-mère qui déterminera une maladie de l'os et la formation d'abcès consécutifs. Ailleurs il s'agira d'un foyer sanguin circonscrit et logé en dehors de la dure-mère. C'est pour remédier à ces complications des contusions du crâne que le trépan appliqué à temps me paraît devoir rendre les meilleurs services. J'ai été témoin de deux faits de ce genre dans lesquels le trépan aurait pu, selon toute vraisemblance, sauver la vie des malades.

Dans un premier cas, il s'agit d'un grenadier de mon régiment qui reçut, pendant le siège de Sébastopol, un coup de bâton sur le sommet de la tête; vous n'êtes pas sans savoir, apparemment, que les Russes, pour éviter de donner l'éveil, attaquaient nos travailleurs à la tranchée avec cette arme primitive. Ce coup de bâton fit une contusion sans conséquence, et que quelques jours de repos suffirent à guérir.

A quelques semaines de là, ce malheureux soldat eut la jambe broyée par un éclat de bombe. Je l'amputai; il guérit, puis je le per-

dis de vue. Trois ans plus tard, je le retrouvai dans une salle de malades à l'infirmerie de l'Hôtel des Invalides. Il était entré, parce qu'il lui était survenu, disait-il, des attaques de nerfs depuis un certain temps. Les accès, d'abord assez rares, lui avaient permis de continuer sa vie habituelle : mais ils devinrent plus fréquents, et c'est ce qui le décida à venir demander des secours. Je ne tardai pas à être témoin d'un accès épileptiforme très-caractérisé : un second survint quelques jours après, puis bientôt ils se montrèrent tous les jours, puis plusieurs fois dans la même journée. Bref, le malade succomba rapidement dans un état comateux.

A l'autopsie je constatai une exostose au niveau de l'ancienne contusion. Cette exostose avait la forme d'un ovoïde aplati, développé du côté de la face externe mais surtout de la face interne de l'os. Le cerveau, dans le point correspondant, présentait une dépression dans laquelle était logée la saillie de l'exostose. Enfin, à un centimètre de profondeur dans la substance cérébrale, il existait un abcès très-bien circonscrit.

Si ce malade eût été trépané dès le début de ses accès épileptiformes, aurait-il guéri ? Je le crois. Si l'on avait pratiqué cette opération au moment où il vint à l'hôpital eût-on conjuré les accidents ? J'en doute, mais cependant en pareille circonstance je n'hésiterais pas un seul instant.

Le second fait que je désire soumettre à votre appréciation ressemble beaucoup au premier. Il s'agit d'un grenadier de mon régiment qui reçut devant Sébastopol un coup de feu à la région du sourcil gauche. L'arcade fut brisée : mais l'examen le plus minutieux ne me permit de reconnaître aucune fêlure à la table interne. Cette blessure guérit très-vite et sans complications. Puis au bout de quelques mois, ce pauvre blessé tombe un jour sans connaissance, les membres agités de quelques mouvements convulsifs. Je l'envoyai de suite à l'ambulance. Il fut traité par l'abstention chirurgicale. Bientôt il succomba. On constata à l'autopsie un abcès considérable siégeant entre la dure-mère et l'os dans la partie correspondant au siège de la blessure. Le trépan, appliqué dès le début des accidents, aurait-il arrêté le mal ? Cela est au moins fort acceptable.

Le difficile en pareil cas c'est d'être prévenu à temps. Les malades, par incurie ou ignorance, laissent passer les premiers symptômes sans y attacher d'importance. Raison de plus pour accorder à la contusion du crâne toute l'attention qu'elle réclame, et pour ne jamais négliger de mettre les blessés en défiance contre les suites possibles de leur accident.

La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Fracture du tibia. — **M. BROCA** fait voir une fracture du tibia dont les fragments présentent un double V, si bien que la solution de continuité représente approximativement la lettre K.

On remarque en outre une fissure spiroïde de l'os.

M. TRÉLAT rappelle qu'il a présenté une fracture analogue qui portait sur le corps du fémur. Il existait également une fissure spiroïde.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 6 MARS 1867.

Présidence de M. LEGOUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— **M. PERRIN**, à propos du procès-verbal. Je désire présenter la pièce anatomique qui se rattache à l'observation que j'ai relatée dans la dernière séance. Vous voyez sur cette pièce un enfoncement; de plus, une fissure qui intéressait un des sillons de la méningée moyenne. Il a dû exister une hémorrhagie à marche progressive par suite de la blessure de l'artère.

CORRESPONDANCE.

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux de la semaine;

Kystes hydatiques du foie, par M. le docteur Ladureau

Considérations sur la syphilis, id.;

Histoire naturelle de la syphilis, id.;

De la gangrène par congélation, id.;

Plusieurs articles de journaux, id.;

Rapport sur des accidents graves, suite de vaccination dans le département du Morbihan, par le professeur Depaul. Académie de médecine, 1866;

Perineal urethrotomy. Remark son the treatment of stricture of the urethra, par le docteur Whitehead, New-York, 1867.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de remerciement, de M. le docteur de Saint-Germain;

Une lettre de M. le docteur Langlebert, destinée à rappeler qu'il a décrit l'érosion chancreuse dans son *Traité des maladies vénériennes*, page 318;

Observation de varices du gland, par le docteur Rizet, médecin-major à Arras. (Renvoyée à M. Perrin.)

M. TARNIER, à propos de la correspondance. J'ai l'honneur de déposer sur le bureau de la Société de chirurgie un mémoire manuscrit de M. le docteur Eugène Marchal (de Metz). Ce mémoire est relatif à la mortalité des femmes qui accouchent dans les villages, loin des grands centres de population.

Quelques membres de cette Société n'auront pas oublié que dans la discussion sur l'hygiène des maternités (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1866), de nombreux travaux statistiques nous avaient permis d'estimer exactement la mortalité des nouvelles accouchées pour Paris, les capitales des différents États, ainsi que pour la plupart des grandes villes; mais les documents nous manquaient pour évaluer cette mortalité dans les villages. J'avais pu dire, il est vrai, qu'en m'en rapportant à quelques indications inscrites dans une note de l'ouvrage de Tenon, qu'en y joignant quelques remarques personnelles, la mortalité des nouvelles accouchées devait être à peu près aussi grande dans les villages que dans les villes; mais cette opinion, je le reconnais, manquait d'une démonstration qui pût entraîner votre conviction; aussi, j'exprimais le regret de ne trouver dans la science aucun document suffisant sur ce sujet, et je faisais appel à de nouveaux travaux.

Cet appel a été entendu par M. Marchal qui a relevé la mortalité des femmes en couches dans les 222 communes rurales de l'arrondissement de Metz, durant les années 1856, 1857, 1858, 1859, 1860 et 1861. Notre confrère y a ajouté le tableau de cette mortalité pour la ville de Metz, durant la même période des six années indiquées plus haut. Cette statistique comprend, dans son ensemble, 24,736 accouchements.

Il résulte de ce travail que, dans les communes rurales, il meurt une femme sur 462,33 accouchements; qu'à Metz, il en meurt une sur 483,63 accouchements. La mortalité la plus forte s'observe donc dans les villages et la plus faible dans la ville. C'est, comme vous le voyez, la ruine de bien des idées préconçues. J'ajouterai qu'à Metz la mortalité est sensiblement la même qu'à Paris, puisque dans la première de ces villes on compte une mort sur 483 accouchements, et dans la seconde, une sur 484.

Mortalité des communes rurales. .	1 sur 462 accouchements.
Mortalité de Metz.	1 sur 483 —
Mortalité de Paris.	1 sur 484 —

Pour expliquer un résultat aussi inattendu, il est bon de diviser, comme l'a fait M. Marchal, les nouvelles accouchées en deux catégo-

ries : celles qui accouchent d'enfants vivants, et celles qui accouchent d'enfants morts. Notre confrère a pu prouver ainsi que la mortalité des femmes accouchées d'enfants vivants est un peu moins considérable à la campagne qu'à la ville, tandis que la mortalité des femmes accouchées d'enfants morts est deux fois plus considérable à la campagne. Quelle peut être la cause d'une aussi grande différence ? M. Marchal l'attribue, et je suis de son avis, à ce que les femmes qui accouchent à la campagne ne sont point secourues en temps opportun dans tous les cas de dystocie. Je conclus donc avec lui que les causes qui déterminent la mort de l'enfant et celles qui compromettent la vie de la mère se trouvent plus souvent réunies à la campagne qu'en ville.

Vient ensuite un tableau qui indique le temps écoulé entre l'accouchement et le décès. D'après ce que j'ai dit plus haut, on croirait volontiers que les accidents qui accompagnent les cas de dystocie, ou que les maladies puerpérales doivent entraîner la mort plus rapidement à la campagne qu'en ville, et cependant on trouve un parallélisme presque parfait entre Metz et les communes rurales, si on les compare au point de vue du temps écoulé entre l'accouchement et le décès. A ce propos, je dois faire remarquer que la statistique dont je rends compte ne porte pas sur les femmes mortes en travail, sans avoir été accouchées ; mais les éléments de cette recherche manquaient à notre confrère. Ce n'est donc pas un reproche que je lui adresse, c'est une lacune que je constate.

Les recherches statistiques de M. Marchal contiennent encore un tableau dressé d'après l'âge des femmes décédées et l'indication de la mortalité moyenne pour chacun des mois de l'année. On y trouve en outre, comme appendice, le relevé des femmes accouchées dans la commune d'Anoux, arrondissement de Briey, pour l'année 1865. Sur 42 femmes accouchées dans cette commune, 9 furent atteintes de scarlatine et 7 y succombèrent, sans offrir aucun symptôme de fièvre puerpérale. C'est là la seule épidémie bien accusée dont il soit fait mention dans les villages cités dans cette statistique.

L'analyse rapide que je viens de faire suffit, je pense, pour montrer que le mémoire de M. Marchal a un très-grand mérite. C'est, encore aujourd'hui, le seul document important que nous possédions sur la mortalité des femmes accouchées dans les villages ; il porte avec lui la preuve d'une sévérité scientifique irréprochable ; sous une forme concise, il contient un grand nombre de faits précieux ; il a demandé à son auteur plusieurs mois d'un travail assidu, qui sera apprécié à sa juste valeur par tous ceux qui ont dressé des tableaux statistiques. Pour rendre justice au zèle et à l'intelligence de M. Marchal, j'ai donc l'honneur de vous proposer de voter les conclusions suivantes :

- 1° Adresser une lettre de remerciements à M. le docteur Marchal;
- 2° Faire imprimer son travail dans les *Mémoires de la Société de chirurgie*.

Les conclusions sont adoptées.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. PANAS. Je présente à la Société un malade âgé de 74 ans, que j'ai opéré, avec succès, d'une tumeur du maxillaire supérieur gauche. Ce fait me paraît intéressant, à cause des divergences qui existent entre la marche de la maladie et les résultats fournis par l'examen microscopique.

Je dépose sur le bureau l'observation complète qui a été recueillie par mon interne. J'ajoute que l'énorme perte de substance palatine a été heureusement comblée par un appareil prothétique qui a été exécuté par un médecin-dentiste, M. Dejardin fils. Les résultats de la prothèse sont des plus satisfaisants. La dépression qui se faisait remarquer sur la joue gauche n'existe plus; la voix a repris son timbre normal. La mastication s'exécute bien; enfin le sujet porte son appareil sans aucune gêne notable. Voici des dessins destinés à représenter l'appareil que porte mon malade :

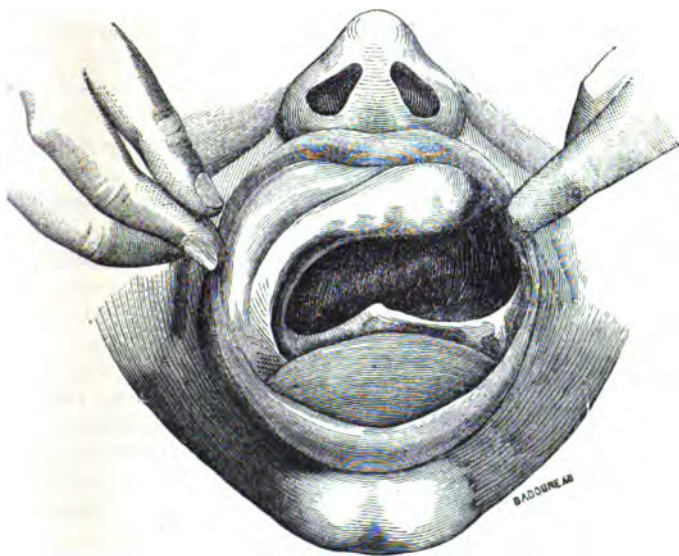


FIG. 4.

Cette figure représente la perte de substance de la voûte palatine. On était atteint le malade qui fait le sujet de cette observation.

APPAREIL PROTHÉTIQUE OUVERT REPRÉSENTANT LA BOUCHE.

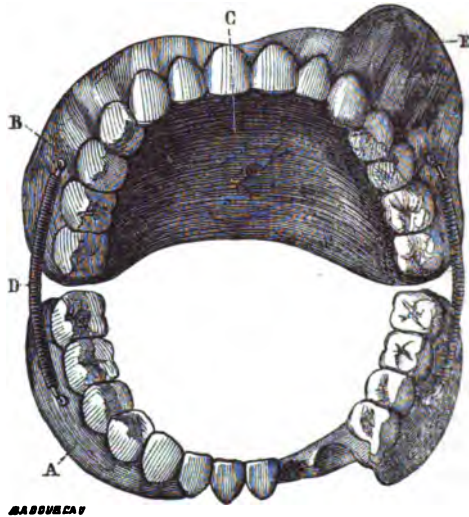


FIG. 2.

- A, dentier inférieur avec son échancrure, pour recevoir une canine et une incisive restantes.
- B, appareil prothétique remplaçant le maxillaire supérieur.
- C, face inférieure de cet appareil.
- D, ressorts maintenant ensemble les pièces supérieures et inférieures.
- E, éminence qui comble le vide laissé par la perte de substance de la mâchoire supérieure.

Discussion sur le trépan (suite).

M. TRÉLAT. Je ne reviendrai pas sur le fait que nous a communiqué M. Broca. Notre collègue a signalé les deux circonstances qui, suivant lui, ont concouru à assurer le succès de l'opération. Il y a une troisième raison à invoquer : M. Broca a guéri son malade, parce qu'il y avait une indication bien nette qu'il a pu remplir complètement.

L'opération du trépan réussirait plus souvent si l'on pouvait préciser davantage la nature de la lésion. On peut dire que l'insuffisance du diagnostic et du pronostic explique pourquoi on a si rarement recours à la trépanation du crâne.

Je partage complètement l'opinion de M. Perrin quand il dit que la question du trépan est loin d'être claire. Les trois observations qu'il nous a rapportées sont relatives à un ordre particulier d'indications : il s'agit de blessés qui, à la suite d'un coup sur le crâne, le choc étant peu intense et bien limité, sont atteints consécutivement de foyers purulents localisés. Rien n'est plus vrai de dire que, dans ces cas, le trépan pourrait être utile ; mais le diagnostic est obscur, et c'est en présence de faits semblables que bien des chirurgiens ont pu dire : « Si j'avais su, j'eusse trépané. »

A moins d'appliquer le trépan pour toutes les contusions du crâne, il n'y a pas, le plus souvent, d'indication à opérer ; il faut, donc attendre les symptômes menaçants. Il y a plus, lorsque ces indications se présentent, on éprouve cependant encore de l'embarras. Cela tient à ce que les divers symptômes consécutifs, et en particulier les accès épileptiformes, ne sont point pathognomoniques d'une lésion bien déterminée.

En résumé, je dirai que le trépan serait une opération des plus fructueuses, si les indications pouvaient être bien précisées ; mais comme, dans la majorité des cas, il n'y a pas d'indication appréciable, le trépan est une ressource chanceuse, incertaine, à laquelle, pour ma part, je n'aurai recours que dans la mesure indiquée par nos collègues qui ont pris successivement la parole.

M. GIRALDÈS. L'opinion de M. Trélat est celle qui a été défendue par Brodie et par A. Cooper. Lorsqu'il s'agit de plaies graves produites par des coups violents ou consécutives à des chutes d'un lieu élevé, il y a accord entre tous les chirurgiens.

Une question importante à résoudre, c'est de déterminer pourquoi les blessés meurent à la suite des opérations de trépan. Billing, qui, dans 72 cas de trépan pour des accès épileptiformes, a obtenu près de 40 succès, a bien vu la chose. Ce sont les désordres cérébraux accompagnant les blessures du crâne qui sont la cause des insuccès.

L'indication du trépan est d'une grande difficulté dans certains cas déterminés : c'est, par exemple, lorsqu'à la suite d'un coup la table interne de l'os éclate ; il en résulte une irritation cérébrale qui se traduit par des accès convulsifs. Dans ces cas, l'indication se trouve dans la persistance des accidents. Le trépan appliqué sur le lieu blessé a fourni de très-beaux succès.

L'emploi du trépan est subordonné d'une manière générale à l'expérience du chirurgien et à son aptitude clinique, mais dans les blessures du crâne il faut, autant que possible, remédier aux lésions matérielles. On doit relever les fragments enfoncés, extraire les corps étrangers, et si plus profondément on trouve des lésions cérébrales

graves, le trépan demeure inutile et néanmoins le chirurgien a fait son devoir.

M. PERRIN. Je pense que M. Trélat a bien fait en rappelant les principes généraux qui doivent nous guider dans l'application du trépan, car la question qui nous occupe est loin d'être vieille et banale.

Il faut toujours distinguer quant aux indications suivant la nature du traumatisme. Quand il s'agit de grands fracas avec enfoncement, déchirure des membranes, le tout accompagné de phénomènes comateux graves, etc., dans ces cas l'indication est nette, il faut toujours s'abstenir. Lorsque, au contraire, il s'agit d'une fracture simple avec enfoncement, et qu'il existe en même temps des symptômes graves, de cause indéterminée, il faut attendre, non pas comme moyen d'éviter les phlegmasies consécutives, mais pour juger des accidents qui, suivant leur cause, disparaîtront ou persisteront. La marche des accidents fournira soit l'indication, soit la contre-indication du trépan.

Entre ces deux catégories de faits, il s'en trouve un grand nombre qui sont de nature à embarrasser le chirurgien, cela tient à la difficulté qu'on éprouve en clinique à faire le diagnostic, de la part qui revient au traumatisme lui-même et aux phlegmasies qui peuvent succéder aux violences sur le crâne.

Pour les cas analogues à ceux que j'ai mentionnés ici, l'indication est rare à cause de l'indécision du chirurgien ; il s'agit de blessures simples suivies à longue date d'accidents sérieux. Si l'on avait trépané les malades dont j'ai rapporté l'histoire, peut-être eussent-ils succombé, mais dans tous les cas on eût bien fait d'agir.

Il est utile de renseigner les blessés sur les conséquences possibles des contusions peu intenses du crâne afin qu'ils viennent consulter dès le début des accidents.

M. TRÉLAT. Il y a accord parfait entre M. Giraudeau et moi, mais je ne puis admettre que l'aptitude ou l'expérience des chirurgiens puisse faire reconnaître une indication qui n'a point de signes.

M. DEGUISE. La discussion actuelle restera sans solution si l'on veut aborder la question du trépan envisagée pour toutes les blessures du crâne.

M. Broca a présenté un fait déterminé, j'ai fourni une observation analogue ; il faut, sous peine de s'égarer, limiter la discussion à ces cas particuliers.

Le trépan est en discrédit dans le traitement des enfoncements du crâne, et j'ai voulu, pour ma part, contribuer à réhabiliter cette opération. L'enfoncement du crâne est certainement une indication et cependant on ne trépane pas. M. Perrin nous a cité un premier fait.

Il n'a point trépané faute d'instruments; le malade a guéri, mais cela ne prouve pas que l'opération ne fût point indiquée. Quant aux deux autres malades, M. Perrin nous déclare qu'il les eût trépanés s'il eût eu sa liberté d'action, je dois dire que pour moi il n'y avait point d'indication à intervenir; il y avait bien lieu de supposer que le coup était pour quelque chose dans la production des accès épileptiformes, mais l'indication n'était pas précise.

Tous ces faits n'ont rien de corrélatif ni avec l'observation de M. Broca, ni avec la mienne, et discuter à ce sujet c'est se perdre dans la si vaste question du trépan appliqué à tous les cas de blessure du crâne.

Je me rappelle une circonstance qui se rattache aux premières années d'existence de la Société de chirurgie : j'apportais alors un fait de trépanation; je fus très-malmené par Malgaigne, et personne ne prit la parole en faveur du trépan. Pendant toutes mes études à Paris, je n'ai pas vu trépaner une seule fois; pour toutes ces raisons, je suis en droit de dire que le trépan n'est point en honneur à Paris, mais je maintiens que c'est une bonne opération appliquée pour les cas de blessure du crâne avec enfoncement.

M. PERRIN. Ces nouvelles explications de M. Deguise me font voir que j'avais mal compris notre collègue; je croyais qu'il recommandait le trépan seulement pour les cas de brèches osseuses. Qu'il me permette de lui dire que la question n'est plus aussi simple lorsqu'il s'agit des enfoncements, et que c'est là que commence l'obscurité.

De cette discussion il résultera que la question n'est point épuisée; quant à moi, je pense que le trépan doit être appliqué, non pour prévenir les accidents, mais pour les guérir lorsqu'ils se développent.

Aboès sous-périostique primitif du calcaneum. — Amputation de la jambe.

M. VERNEUIL présente des pièces anatomiques.

M. LEFORT. L'examen des pièces anatomiques qui nous sont présentées laisse des doutes sur l'utilité de l'opération qui a été pratiquée. Je n'ai point vu le malade, cela est vrai, mais dans un cas semblable j'aurais fait une large incision et j'eusse tenté la résection du calcaneum, ce qui est moins grave que l'amputation de la jambe.

M. LABBÉ. Je partage l'opinion émise par M. Lefort; l'amputation n'est point justifiée et il suffit de voir la pièce pour rester convaincu que le calcaneum eût été énucléé bien facilement. Dans les phlegmasies de ce genre il faut, dès le début, faire de larges et profondes incisions.

M. VERNEUIL. L'examen des pièces justifie la critique de mes deux collègues. Au lit du malade j'avais tout prévu, mais l'embarras du diagnostic était extrême. J'ai incisé aussitôt que cela a été possible, car je suis convaincu de l'utilité des incisions prématurées. J'avais supposé que l'articulation tibio-tarsienne était malade, et telle a été la raison principale de l'amputation.

M. LEFORT. Dans les cas difficiles où le diagnostic n'est point précis, il faut utiliser le chloroforme et aller du simple au composé. Dans ce cas particulier j'aurais tout disposé pour une résection du calcanéum, et, si chemin faisant j'eusse trouvé l'articulation malade, j'aurais désarticulé le pied.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le Secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 13 MARS 1867.

Présidence de **M. LEGUEST.**

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. COSTE (de Marseille) assiste à la séance.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

Des lettres de remerciements de MM. Viard, Chapplain, Ancelet et Delore, récemment nommés membres correspondants ;

Une lettre de M. le docteur Cazenave (de Bordeaux), qui annonce renoncer, pour l'avenir, à sa candidature au titre de membre correspondant national. M. Cazenave se propose néanmoins d'envoyer officiellement des travaux à la Société. Il adresse aujourd'hui un mémoire intitulé : *Du traitement externe des maladies cutanées dartreuses en général, et en particulier, de celui de l'eczéma chronique, du psoriasis, des ulcères de causes locales, simples, atoniques, variqueux; scorbutiques, syphilitiques, chroniques, et de la fissure anale, par une pommade préparée avec le sous-nitrate d'hydrargyre desséché, et le précipité blanc.* (Renvoyé à l'examen de la commission déjà nommée.)

M. le docteur G. Closmadeuc (de Vannes), membre correspondant.

adresse une pièce anatomique et une observation relatives à une ovariectomie. (L'observation n'étant pas complète encore, la Société décide que communication en sera faite ultérieurement.)

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE.

La correspondance imprimée comprend les journaux de la semaine :

La Revue médicale de Toulouse (1^{er} fascicule);

La Gazette médico-chirurgicale de Toulouse;

La Gazette médicale de Strasbourg;

Des luxations médio-tarsiennes, par M. le docteur Louis Thomas (de Tours);

Uretronsi interna negli otturamenti del canale uretrale prodotti da tessuto fibroso, par Francesco-Rizolli (de Bologne).

COMMUNICATION.

Des phlegmons et gangrènes diabétiques.

M. VERNEUIL. La Société se rappelle sans doute la dernière observation de phlegmon diabétique que je lui ai communiquée. Le diabète était intermittent; mais à la sortie du malade, ce symptôme avait cessé complètement d'exister. Ce même individu vient de rentrer dans mon service; il est atteint d'un phlegmon gangréneux de la jambe. Les caractères de cette affection sont tels, que je n'eusse point hésité, si je n'avais point connu le malade, à déclarer qu'il s'agissait d'un phlegmon diabétique. Cependant le sucre n'existe plus dans les urines; mais, en revanche, le malade est atteint d'ascite avec anasarque. De ce fait, je rapprocherai l'observation suivante : Un homme âgé de quarante-deux ans est diabétique depuis huit ou dix ans. A plusieurs reprises, il a été affecté de furoncles multiples et d'anthrax. A une certaine époque, le diabète a été remplacé par l'albuminurie, qui elle-même s'est compliquée d'accidents multiples. Depuis deux ans, il n'y a plus de sucre dans les urines; mais l'albumine est toujours accusée par les réactifs. Récemment, le malade a été pris de furoncles et d'un panaris gangréneux. Il s'agissait de savoir si l'on inciserait ce panaris. J'ai renoncé à cette pratique : d'une part, parce que je suis peu partisan des incisions chez les diabétiques; d'autre part, parce que j'ai appris du malade que la moindre opération était, chez lui, suivie d'accidents graves. Les diverses phlegmasies se sont terminées par ulcérations; mais à plusieurs reprises, j'ai observé de véritables hémorrhagies, par ces plaies qui n'étaient point du fait de la chirurgie.

Malgré l'absence du sucre dans les urines, on peut cependant se

demander si les phlegmasies actuelles ne sont pas, comme les précédentes, sous l'influence éloignée du diabète.

Les deux faits que je viens de relater permettent de supposer que, chez certains albuminuriques, on peut observer des affections gangréneuses et une disposition spéciale aux hémorrhagies.

M. GIRALDÈS. Il ne faudrait pas poser en principe que, chez les diabétiques, les incisions sont nécessairement suivies d'hémorrhagies; je pourrais citer, par exemple, l'observation d'un diabétique que j'ai traité pour un phlegmon très-étendu du cou. J'ai fait une longue incision, et la guérison est survenue sans entrave.

M. VERNEUIL. Sans vouloir poser de règles, j'ai dit que les ulcérations chez les diabétiques, que les incisions semblent présenter une prédisposition manifeste aux hémorrhagies.

M. BLOT. Je serais curieux de savoir si les divers malades observés par M. Verneuil ont présenté tous l'alternance du diabète et de l'albuminurie. J'ai insisté un des premiers sur l'influence de l'albuminurie dans les hémorrhagies qui compliquent la délivrance; dans les faits qu'on vient de citer, quelle est la part de l'albuminurie, quelle est celle du diabète? L'influence de l'albuminurie me paraît démontrée par des faits nombreux; quelle est l'importance du diabète sur l'hémorrhagie?

M. VERNEUIL. J'ai observé trois fois les hémorrhagies dont il est question. Les deux premiers malades étaient diabétiques, le dernier, c'est-à-dire celui dont j'ai parlé tout à l'heure, était autrefois diabétique, il est actuellement albuminurique. La question que m'a posée M. Blot est remplie d'intérêt, les observations ultérieures pourront seules permettre de la résoudre.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Reproduction de l'os sans l'intervention du périoste. — **M. DUBRUEIL** montre l'avant-bras d'un lapin sur lequel on peut constater la reproduction parfaite d'un sixième de la longueur de l'os, la résection avait été faite en ayant soin de détruire la partie correspondante du périoste.

M. DESPRÉS. L'expérience dont M. Dubrueil vient de nous montrer les résultats confirme celles de M. Ranvier. Ces deux expériences se réunissent pour démontrer que dans certaines conditions la reproduction des os peut s'effectuer en dehors de l'influence du périoste.

M. GIRALDÈS. Il y a longtemps que Syme a fait des recherches analogues. Il existe dans les Transactions philosophiques de la Société d'Édimbourg un travail intéressant; l'auteur démontre, par une série de pièces, que l'os enlevé peut se reproduire même en l'absence

périoste, mais dans ce cas l'os nouveau a une forme très-irrégulière. Si au contraire on conserve le périoste, l'os se reproduit avec des dispositions normales.

A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret. La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 20 MARS 1867.

Présidence de M. LEGUEST.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. Bouley, membre honoraire nouvellement élu, est invité à prendre séance.

— M. Coste (de Marseille), membre correspondant, assiste à la séance.

CORRESPONDANCE.

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux de la semaine;

Note sur la cicatrisation des os et des nerfs, par M. Dubrueil, professeur de la Faculté;

Recherches expérimentales et thérapeutiques sur la carie dentaire, par le docteur Magitot.

— M. le professeur Billroth adresse la première livraison des *Photographies stéréoscopiques des malades de la Clinique chirurgicale de Zurich*. — Cette publication est accompagnée du texte sommaire des observations. — Elle est faite en français et en allemand.

La correspondance manuscrite comprend :

Une demande de congé, adressée par M. Labbé;

Une lettre de M. Cullerier, sur le traitement de la syphilis par les mercuriaux. — Lecture en sera donnée lors de la discussion prochaine;

Lettres de remerciements de MM. Champenois et Sistach, nommés récemment membres correspondants.

Suite de la discussion sur le trépan.

M. LÉON LE FORT. En écoutant, dans les dernières séances, ceux de nos collègues qui ont pris la parole dans cette discussion, il m'a semblé que le moment était venu où l'opération du trépan allait enfin

reprendre; dans la pratique chirurgicale française, la place légitime qu'elle a cessé d'occuper, car elle ne rencontrait, chez aucun d'entre vous, d'adversaire absolu. L'on eût pu croire même qu'on y avait recours à Paris, dans tous les cas où elle était praticable, si notre collègue M. Deguise, plein du souvenir d'une observation présentée par lui à la Société il y a quelques années, et passionnément critiquée à cette époque, n'avait fait remarquer avec grande raison qu'il devait y avoir contradiction entre nos idées théoriques et notre pratique, car la trépanation des os du crâne est, dans notre chirurgie, une opération fort exceptionnelle.

Telle était aussi, messieurs, l'impression qui m'était restée depuis dix ans, de mes souvenirs et de mes lectures; car, tandis que les journaux de médecine anglais, américains, allemands nous apportaient fréquemment des observations de fractures du crâne traitées par la trépanation, nos recueils scientifiques français ne renfermaient guère que des exemples pris à l'étranger.

J'ai voulu me rendre compte de la différence qui me paraissait exister, en recueillant tous les faits rapportés depuis dix ans dans les principaux journaux scientifiques. Le temps ne m'a pas permis d'étendre mes recherches à l'Amérique et à l'Allemagne; mais j'ai relevé les observations publiées de 1857 à 1866, c'est-à-dire pendant une période de dix années, en Angleterre, dans *the Lancet*, *the medical Times and Gazette*, *Edinburgh medical journal* et *British medical journal* (1); en France, dans la *Gazette des Hôpitaux*, l'*Union médicale*, la *Gazette médicale*, la *Gazette hebdomadaire*, les *Bulletins de l'Académie de médecine* et ceux de notre Société. Or, tandis que je trouvais ainsi pour l'Angleterre 137 cas d'opérations de trépan (2), je n'en ai trouvé, pour la France, que 2 cas : l'un, de M. Jobert, de Lamballe (1857); l'autre, de M. Ollier, de Lyon (1865), et en ajoutant un cas remontant à 1845, publié pendant cette période 1857-1866, par M. Guyot, de Rennes et celui de M. Broca, nous n'arrivons encore qu'à un total de 4 observations de trépan, à opposer à 137.

Certes, nous savons tous qu'un nombre beaucoup plus considérable d'opérations ont été pratiquées, mais si l'on réfléchit que l'on publie plus volontiers les cas exceptionnels que les faits qui rentrent dans la pratique usuelle, nous devons soupçonner que, si les chirurgiens français n'ont pas publié leurs observations, la même abstention a dû

(1) Je n'ai eu à ma disposition que les dernières années de ce journal (1860-1866).

(2) Quelques-unes, dont la date n'est pas indiquée dans l'observation, sont peut-être antérieures à 1857.

exercer un bien plus grand nombre de fois en Angleterre. Quoi qu'il en soit, la statistique officielle complète nous témoigne de cette différence incontestable : de 1835 à 1844, on a pratiqué, dans les hôpitaux de Paris, 45 opérations de trépan ; depuis, pour les mêmes hôpitaux et pour une plus longue période, il n'en a été fait que 14 ; tandis qu'à Londres, dans un seul hôpital (*Guy's hospital*), pour une seule année (1864), on en compte 5, et à Liverpool, dans un même établissement et pour les premiers six mois de 1865, on en compte 6. Il y a donc, entre la pratique française et anglaise, une différence incontestable, et elle entraîne avec elle les conséquences suivantes : nous opérons quand il le faut, et les chirurgiens anglais opèrent trop souvent ; ou bien ceux-ci trépanent quand il le faut et nous trépanons trop rarement, ou peut-être la vérité est-elle dans cette dernière alternative, nous opérons trop rarement et nos collègues d'Angleterre opèrent trop souvent. C'est ce qu'il nous faut examiner en recherchant les indications précises de l'intervention active dans les cas de fracture du crâne.

Je ne rappellerai pas en détail les vicissitudes de l'opération du trépan. Appliquée dans tous les cas par Quesnay, Ledran, J. L. Petit, Percival Pott, la trépanation fut plus tard proscrite par Desault, qui cessa d'y avoir recours, et qui basa sa proscription sur les mauvais résultats obtenus par lui au milieu de l'atmosphère insalubre de l'Hôtel-Dieu. Moins exclusif, Boyer repousse le trépan préventif, mais il conserve pour les fractures avec enfoncement ; Dupuytren, Roux, et plus tard MM. Velpeau, Denonvilliers, Chassaignac, suivent une pratique analogue ; Brodie, Prescott, Hewett, font entrer et maintiennent la chirurgie anglaise dans les doctrines de l'ancienne école française. Mais en 1838, Malgaigne, se basant sur le raisonnement et sur quelques expériences, imite Desault, proscriit le trépan et entraîne avec lui presque tous les chirurgiens français. Pour moi, d'après l'étude attentive des faits et des observations publiées, la vérité n'est pas du côté de Desault, elle n'est pas non plus cette fois du côté de Malgaigne ; c'est ce que je vais chercher à montrer.

Si le nom de Malgaigne se rencontre devant moi au début de cette étude, son souvenir vénéré ne saurait arrêter ma parole et enchaîner la libre expression de ma pensée. La science, la vérité, ne doivent pas céder devant les affections de la famille et le respect de l'élève ; étudier les faits, ne pas croire sans examen à la parole du maître, telle fut la base de l'éducation médicale que nous donna Malgaigne, et il ne réclamait pas pour lui et comme une faveur exceptionnelle ce principe d'autorité qu'il ne voulait pas qu'on respectât pour les autres. Je suis du reste, sur ce point, dans une situation singulière-

ment facile, car la seule opération de trépan à laquelle j'aie pris une part directe fut faite il y a quatorze ans, à mon instigation, dans le service même de Malgaigne, dont j'étais alors l'interne. Une femme, atteinte d'une fracture du crâne avec enfoncement, nous fut apportée à l'hôpital Saint-Louis, au moment où la visite venait de finir; je crus le trépan nécessaire, et, n'ayant pas le droit de l'appliquer, je fus demander les conseils et le secours de M. Denonvilliers encore présent à l'hôpital. Il crut l'opération urgente, la pratiqua séance tenante, et lorsque le lendemain matin Malgaigne trouva dans son service une opérée de trépan et un élève n'acceptant pas sur un point important pour lui les idées de son chef, il me fit exposer les raisons scientifiques de mon intervention, les combattit avec sa verve ordinaire, mais termina en me disant : « Vous avez cru à tort que le trépan pouvait être nécessaire; vous avez voulu faire juge de son application mon collègue de l'hôpital, sans vous préoccuper si votre initiative, prise contre mes idées, me serait ou non désagréable; je ne saurais vous blâmer, car vous avez fait votre devoir. » C'est aussi mon devoir que je crois remplir aujourd'hui en venant défendre une opération injustement proscrite.

Depuis près de cent ans l'opération du trépan rencontre tantôt des partisans déclarés, tantôt des adversaires passionnés, et la question reste toujours pendante sans qu'on ait pu encore établir sur ce point une opinion basée sur des preuves solides. Ces incertitudes, cette divergence d'appréciation, me paraissent tenir à la manière même dont la question a été étudiée. Si l'on parcourt les travaux publiés à ce sujet, on y rencontre presque toujours les mêmes faits cités complaisamment tantôt pour, tantôt contre l'efficacité du trépan; tel chirurgien a cru tomber sur l'épanchement soupçonné qui a fait une opération inutile, tel autre a trépané à gauche, tandis que l'hémorrhagie avait eu lieu à droite; en un mot, l'opération a toujours été examinée au point de vue unique de ses rapports avec l'anatomie pathologique. Il faut, je crois, procéder autrement.

Le chirurgien qui se trouve en présence d'un malade pour lequel s'agit l'opportunité du trépan, a toujours un problème à résoudre et souvent une énigme à deviner. Comment arriver à une solution, autrement que par l'étude des symptômes? Ce sont les symptômes seuls qui peuvent nous éclairer sur la nature et le siège des lésions locales; il nous faut donc tout d'abord étudier la signification de chacun de ces symptômes, et les rattacher aux lésions cachées dans les profondeurs de la cavité crânienne.

Les phénomènes observés dans ces circonstances peuvent se rapporter à trois ordres principaux :

1° Coma, insensibilité, stupeur, souvent avec stertor, persistant depuis l'accident;

2° Fièvre, agitation, délire, douleurs de tête, convulsions épileptiformes;

3° Hémiplegie seule ou accompagnée de convulsions légères.

Il nous faut maintenant rechercher à quel genre de lésions se rapporte chacune de ces catégories de symptômes.

1° *Coma, insensibilité persistante, stertor.* — Dans les chutes, les coups sur la tête, il y a presque toujours, quand la violence a été notable, une perte complète de connaissance. Mais tantôt celle-ci est passagère; l'individu tombé ou frappé se réveille peu à peu, quelquefois rapidement; aucun accident ultérieur ne survient et tout s'est borné à une sorte de courte syncope cérébrale; tantôt au contraire les suites de l'accident ont une gravité extrême, l'insensibilité, le stertor, le coma, persistent, et le blessé succombe sans avoir repris connaissance.

Qu'a eu le malade? Une commotion cérébrale, telle est la réponse ordinaire. Si l'on veut entendre par ce mot une suspension d'activité du cerveau sans lésion matérielle, une syncope cérébrale, comme je le disais tout à l'heure, on pourra expliquer et peut-être avec raison la perte de connaissance passagère qui succède si souvent aux chutes ou aux coups, et qui n'est suivie que de peu d'accidents; mais cette explication ne peut suffire quand il s'agit de cette sidération complète qui se prolonge jusqu'à la mort; la commotion cérébrale grave, rapidement mortelle, ne se comprend guère sans lésions, et c'est avec raison que Prescott Hewett, dans son excellent article du *System of Surgery* de Holmes, en a révoqué en doute la réalité; car, si dans quelques cas on n'a rien trouvé dans le cerveau qui expliquât le coma et la mort, il ne faut pas oublier que, dans ces cas mêmes, la cause de la mort pouvait se trouver ailleurs que dans le cerveau, le seul organe examiné.

Depuis 1705, le cas de Littré se trouve répété dans presque tous les articles sur la commotion cérébrale; mais si le cerveau du prisonnier avait été examiné, il n'en avait pas été de même de la moelle et des organes thoraciques. L'on peut en dire autant d'un semblable cas, rapporté par M. Denonvilliers, dans lequel un autre malheureux détenu se frappa ainsi la tête contre le mur et mourut presque sur le coup; l'autopsie ne rechercha que dans le cerveau et les organes splanchniques la cause de la mort.

Un homme tombe d'une hauteur de 40 pieds et meurt immédiatement; on trouve une luxation de l'atlas sur l'occipital (Holmes, *Sys-*

tem of Surgery, II, 143). En 1843, un homme est apporté à l'hôpital Saint-Antoine dans un état complet de coma ; il venait de faire une chute d'une grande hauteur. Il meurt ; on fait l'autopsie ; on ne trouve aucune lésion cérébrale ; nul doute, la commotion seule est la cause de sa mort. Mais M. Deville, qui se trouvait alors à l'hôpital, se rend à l'amphithéâtre ; il a l'idée d'ouvrir le canal rachidien, et on le trouve complètement rempli de sang dans toute sa hauteur.

Un enfant, venant de faire une chute grave, meurt à l'hôpital Saint-Georges, presque aussitôt après qu'on l'y eut apporté ; on ne trouve qu'un peu de sang épanché sous l'arachnoïde, mais on constate une rupture du cœur. La même lésion se rencontre dans les mêmes circonstances, sur un malade de M. Morel-Lavallé ; M. Trélat trouve, chez un blessé ayant succombé rapidement après une chute, une rupture de la rate. Certes, chez tous ces malades si l'autopsie n'eût pas été faite complètement, on aurait pu soutenir que la mort était due à la commotion du cerveau, et cependant rien n'eût été moins vrai ; aussi, je crois pouvoir dire que la science ne possède pas un seul cas authentique démontrant la possibilité de la mort par commotion simple du cerveau, c'est-à-dire sans lésion de cet organe ou des autres viscères.

Dans les cas mortels, on trouve ou des lésions graves du cerveau suffisantes pour expliquer la mort, ou des épanchements, des enfoncements qui ont fait succéder les symptômes d'une compression mortelle à une commotion qui n'eût été que passagère.

L'examen des faits va nous montrer la valeur symptomatologique des phénomènes de sidération.

Dans 20 cas où l'opération du trépan a été pratiquée pendant la période de coma, 45 fois la mort a suivi la trépanation. Sur ces 45 cas :

3 fois l'autopsie ne fut pas faite.

4 fois le malade est mort de méningite le sixième jour, mais il avait repris connaissance après l'opération.

5 fois il y avait fracture de la base du crâne : 4 fois avec dilacération étendue du cerveau ; 4 fois avec caillots sanguins dans les ventricules.

3 fois il existait des dilacérations du cerveau sans fracture de la base du crâne.

3 fois il y avait eu des hémorrhagies graves : 2 fois par rupture de l'artère méningée moyenne ; 4 fois par rupture du sinus longitudinal supérieur.

Le coma, persistant après un coup ou une chute sur la tête, est donc un symptôme grave, car il indique presque toujours une lésion

profonde du cerveau ou d'un organe splanchnique. Lorsqu'il est profond, accompagné de résolution complète des membres et de stertor, il faut s'abstenir. S'il est moins grave, s'il n'y a pas sidération complète, si les symptômes de paralysie sont limités à un seul côté, il peut être permis d'intervenir activement; mais il est souvent convenable de différer de quelques heures jusqu'à ce que la cessation des symptômes propres à la syncope cérébrale laisse place à ceux qui révèlent une lésion ou une compression limitée du cerveau. Il ne faut pas oublier d'ailleurs, d'une part, que le trépan, pratiqué dans ces conditions, n'a pas empêché une mortalité de 75 p. 100; d'autre part, que l'expérience démontre, dans quelques cas, la possibilité de la guérison sans intervention chirurgicale directe.

2° Symptômes actifs : fièvre, délire, mal de tête, convulsions épileptiformes. — Ces symptômes me paraissent les plus importants au point de vue des indications thérapeutiques que je cherche à établir, car ils ont trop souvent été considérés comme des signes de compression.

Dans une observation de M. Johnson (1863), je lis : « les symptômes de compression sont fortement marqués. » Cependant il n'y avait que des convulsions. Le malade meurt, et l'on trouve une laceration de l'hémisphère gauche.

« Les symptômes de compression sont survenus, » dit M. Tatum (1863), et il ajoute : il n'y a pas de paralysie. On trouva à l'autopsie les lobes antérieurs réduits en bouillie.

Je lis encore dans l'observation de M. Ollier : « 20 mai, premier accès épileptiforme, puis un second; délire... M. Ollier diagnostique une compression de l'hémisphère gauche. » Que trouve-t-on à l'autopsie ? Une méningo-encéphalite purulente.

L'examen des faits va nous montrer que le délire, l'agitation et surtout les convulsions sont l'indice soit d'une lésion limitée du cerveau, soit d'une inflammation localisée ou généralisée de l'organe, quelquefois des deux choses simultanément, la seconde étant la conséquence de la première.

27 malades ayant présenté de l'agitation, du délire ou des convulsions, mais sans hémiplegie, ont subi l'opération du trépan : 2 ont guéri ; 25 sont morts.

Les causes de la mort se répartissent de la manière suivante :

2 fois une méningite aiguë.

7 fois une méningite purulente.

4 fois une déchirure du cerveau.

2 fois une désorganisation étendue de tout un lobe.

1 fois une contusion cérébrale.

2 fois un abcès dans l'intérieur du cerveau.

1 fois une congestion cérébrale (mort après quatre heures).

4 fois le cerveau était anémié (*sic*) (mort dans les vingt-quatre heures).

1 fois une fracture de la base du crâne (sans autre détail).

4 fois l'autopsie ne fut pas faite ; l'un des malades était mort à une date non spécifiée, le second pendant l'opération, le troisième dans les vingt-quatre heures qui la suivirent, le quatrième mourut le quatrième jour.

Parmi les deux malades guéris, l'un avait une fracture comminutive du crâne avec issue et perte de substance cérébrale ; l'opération ayant eu lieu le même jour que l'accident, les convulsions, quoique généralisées, s'étaient donc montrées aussitôt après la chute ; de plus, il y avait des esquilles enfoncées dans le cerveau, et les convulsions perdaient ici leur signification grave, car elles indiquaient, non plus une encéphalite ou une méningite au début, mais l'irritation du cerveau par la présence d'un corps étranger. Comprimez suffisamment un point du cerveau chez un animal, vous aurez de la paralysie ; au lieu de cela, enfoncez dans le cerveau de cet animal un stylet, un clou, un corps étranger peu volumineux, vous déterminerez des convulsions. Il est donc évident que dans le cas du premier malade, en présence de convulsions survenues aussitôt après l'accident, et pouvant être attribuées à l'enfoncement d'esquilles, en présence de l'issue, par la plaie, de substance cérébrale, il n'y avait nul doute sur l'urgence d'une intervention active, en même temps qu'il y avait espoir de la voir couronnée de succès, puisqu'il ne pouvait y avoir alors d'encéphalite, et qu'on pouvait espérer de s'en garantir par l'enlèvement des esquilles.

Le second malade avait été pris de convulsions huit jours après avoir reçu des coups de hache sur la tête, mais ces convulsions étaient limitées aux membres supérieurs. Pendant l'opération, l'artère méningée fut ouverte, et cet accident faisant ainsi l'effet d'une saignée involontaire et copieuse, fut peut-être salutaire.

Si, en face des cas où l'opération a été pratiquée, je place les cas analogues, mais dans lesquels aucune opération n'a été faite, je trouve pour la même période et dans les mêmes recueils 44 observations.

De ces 44 malades : 4 n'avait que du délire ; 3 du délire et une violente agitation ; 7 avaient des convulsions. 40 malades moururent ; 4 seul guérit.

La mort était due :

2 fois à un abcès de l'hémisphère communiquant avec le ventricule.

4 fois à une déchirure de l'hémisphère allant jusqu'au ventricule.

3 fois à une déchirure étendue du cerveau.

2 fois à des abcès du cerveau accompagnés de méningite.

2 fois il n'y eut pas d'autopsie, mais de ces deux malades, l'un avait un lobe mis à découvert, et chez l'autre on retira avec une pince, après la mort, un morceau de plomb logé dans le cerveau.

Le seul malade qui guérit devait probablement ses convulsions à une inflammation localisée dans une partie de l'hémisphère, à la suite de l'issue d'une certaine quantité de substance cérébrale, par la fracture comminutive dont il était atteint.

La date même de l'apparition du délire et des convulsions montre qu'il s'agit le plus souvent d'inflammation développée autour de lésions traumatiques.

Parmi les blessés non opérés, les accidents parurent 2 fois après deux jours ; 5 fois après trois jours ; 4 fois après treize jours ; 4 fois après dix-sept jours ; 4 fois après quelques jours ; 4 fois après quelques mois.

Parmi les blessés ayant subi l'opération du trépan : 4 avaient prouvé des convulsions le jour même de l'accident (2 avaient repris connaissance avant le début des convulsions) ; 4 les avait eues après un jour ; 4 après trois jours ; 4 après quatre jours ; 2 après cinq jours ; 4 après douze jours ; 2 après quinze jours ; 4 après dix-neuf jours ; 4 après vingt-neuf jours ; 4 après quarante et un jours ; 4 à une date non spécifiée.

La mortalité pour les non-opérés fut de 90 p. 400. Elle fut de 94 p. 400 pour les opérés du trépan. Ce résultat, la nature des lésions trouvées à l'autopsie, montrent donc que les convulsions constituent un symptôme extrêmement grave, et que dans ces cas il faut presque toujours s'abstenir. Que peut faire le trépan contre des lésions matérielles graves, ou contre une méningite ou une encéphalite ?

3^e Hémiplégie seule ou accompagnée de convulsions limitées aux membres paralysés. — L'hémiplégie est pour tous les chirurgiens un signe de compression limitée du cerveau. Elle peut tenir parfois à la contusion cérébrale, le plus souvent elle est produite par des épanchements qui pressent sur un point du cerveau et en arrêtent la fonction.

Cette question des épanchements dans la cavité crânienne, soit entre la dure-mère et les os, soit à la surface même du cerveau, a été le grand cheval de bataille de Malgaigne, dans la guerre acharnée qu'il faisait au trépan. A l'aide du raisonnement et de quelques ex-

périences, il a cru pouvoir démontrer que la compression du cerveau ne pouvait pas déterminer d'accidents sérieux.

Les plus célèbres de ses expériences sont celles dans lesquelles après avoir perforé, avec un poinçon, le crâne d'un chien ou d'un lapin, il injectait par doses successives dans la cavité crânienne de l'animal une certaine quantité d'eau tiède. D'après ces expériences, il fallait injecter une quantité de liquide égale au sixième du volume du cerveau pour obtenir des effets évidents de compression. Or, la capacité du crâne étant en moyenne, chez l'homme, de 4 kilogramme 400 grammes, il eût donc fallu, pour qu'un épanchement comprimât dangereusement le cerveau, qu'il atteignît le poids de 233 grammes, quantité qu'on ne trouve que très-exceptionnellement, si même on la rencontre.

Mais une autre expérience de Malgaigne eut dû montrer combien la précédente était dénuée de valeur. Malgaigne injecte de l'eau tiède comme dans l'expérience précédente, l'animal est hémiplégique; mais bientôt l'hémiplégie ayant cessé, une nouvelle quantité de liquide est injectée et l'hémiplégie reparait; bientôt elle cesse de nouveau, et, d'injection en injection, l'expérimentateur introduit dans le crâne de l'animal, sans qu'il succombe, une quantité de liquide supérieure à la capacité totale du crâne, vidé du cerveau qu'il renferme.

Que se passait-il dans cette expérience? Injecté entre la dure-mère et le cerveau, le liquide se répandait librement sur toute la surface de l'hémisphère, s'y étalait, en quelque sorte, pénétrait en partie dans le canal rachidien, mais était bientôt repris par l'absorption et disparaissait. Il ne pouvait donc produire qu'une compression légère et de courte durée qui, s'exerçant d'ailleurs sur toute la surface de l'hémisphère, ne pouvait avoir la gravité de la compression lorsqu'elle est due à un épanchement de sang siégeant entre la dure-mère et les os.

En effet, et je le montrerai tout à l'heure par des exemples de plaies cérébrales, les parties périphériques du cerveau n'ont pas l'importance physiologique de ses parties centrales. Or, quand un épanchement limité siège entre la dure-mère et les os, dans une région qui correspond à la fosse temporale, la saillie de la dure-mère, refoulée en dedans, comprime le cerveau sur un point; la pression se transmet aux parties plus profondes, aux corps striés, aux couches optiques, aux ventricules. De là des perturbations fonctionnelles qui n'existeraient pas si une quantité même plus considérable de sang, au lieu d'être rassemblée en un foyer limité, était disséminée largement et librement sur toute la surface de l'organe.

L'expérience de Malgaigne, si décisive en apparence, ne prouvait onc rien contre la réalité des accidents de compression, produits par les épanchements sanguins, siégeant entre la dure-mère et les os. Les expériences sur les animaux ont une valeur que je ne conteste jamais; mais quand il s'agit de juger des faits de la pathologie humaine, quand des accidents, malheureusement trop fréquents et trop fréquemment suivis de mort, répètent nombre de fois l'expérience sur l'homme, on me permettra de placer l'observation clinique au-dessus et fort au-dessus de la pathologie expérimentale *in animalibus*. Or, des faits aujourd'hui assez nombreux, parfaitement observés, démontrent incontestablement que les accidents sérieux d'hémiplégie observés dans ces circonstances sont dus à la compression du cerveau, et qu'il a suffi de faire disparaître la cause de la compression pour faire disparaître les accidents.

Il est rare que l'hémiplégie se montre au moment même de l'accident; elle survient le plus souvent quelques heures ou quelques jours après. Il ne s'agit donc pas d'une lésion traumatique directement déterminée par la chute. C'est là, pour moi, un point qui mérite une grande importance. Une hémiplégie complète survenue immédiatement après l'accident, surtout si elle est accompagnée de coma ou de perte complète de connaissance, indique une grave lésion d'un hémisphère cérébral. C'est dans la première classe que doit figurer ce cas, car l'hémiplégie perd sa signification et s'efface devant la présence des symptômes : coma, insensibilité, stertor.

Au contraire, s'il y a convulsions épileptiformes survenant après une hémiplégie, surtout si ces convulsions alternent avec la paralysie ou lui succèdent dans le membre d'abord paralysé, les convulsions perdent de leur gravité symptomatique, car elles indiquent une irritation locale ou une inflammation localisée du cerveau, limitée au point où existait la compression.

L'importance de l'hémiplégie, celle de la limitation des convulsions, dominent la présence des phénomènes convulsifs, surtout quand ils sont généralisés. Aussi est-ce dans cette troisième classe que j'ai cru devoir faire rentrer deux cas dans lesquels il y eut à la fois hémiplégie et convulsions.

Sur le relevé que j'ai fait, dix malades avaient présenté de l'hémiplégie, mais deux d'entre eux avec quelques légères convulsions. L'hémiplégie avait paru chez trois malades le deuxième jour, chez un le quatrième jour, chez un le cinquième, chez un le neuvième, chez un le dix-neuvième, chez un la troisième semaine. Chez deux autres, elle était survenue immédiatement après l'accident; mais chez tous

deux il y avait eu issue de matière cérébrale à travers l'ouverture faite au crâne par la fracture comminutive.

Les lésions observées lors de la trépanation montrent la relation qu'il y avait entre elles et les symptômes, et, de plus, le résultat immédiat de l'opération met hors de doute l'influence de la compression, influence niée à tort et démontrée réelle par l'observation même.

4 fois, il y avait hémiplegie à droite ; on trouve un caillot volumineux entre la dure-mère et le pariétal gauche, caillot fourni par la rupture d'une branche de la méningée moyenne.

4 fois, il y eut hémiplegie droite : il y avait fracture du pariétal gauche avec issue de matière cérébrale.

4 fois, on avait observé une paralysie du bras droit ; la moitié gauche du frontal était brisée comminutivement, et de la substance centrale était sortie par l'ouverture.

4 autre fois, l'hémiplegie était à droite ; il y avait fracture avec enfoncement de l'écaille gauche de l'occipital, et compression limitée du cerveau par le fragment.

4 fois, l'hémiplegie, survenue le dix-neuvième jour, était due à la pression exercée par un séquestre mobile du pariétal du côté opposé : il y avait eu quelques convulsions.

4 fois, on trouve un caillot entre la dure-mère et les os ; les accidents disparaissent deux heures après l'opération.

4 autre fois, le même résultat immédiat fut obtenu ; mais il survint ultérieurement une méningite qui emporta le malade le septième jour.

4 fois, la guérison suivit l'opération, quoiqu'on n'eût trouvé aucun épanchement entre la dure-mère et les os.

4 fois, une hémiplegie gauche disparut après l'opération ; mais un fongus cérébral enleva le malade trois mois après la trépanation.

4 fois, il y avait paralysie du bras gauche ; on trouve un petit caillot adhérent à la dure-mère.

De ces dix malades, sept guérissent, trois moururent, l'un, après trois mois, de hernie du cerveau ; l'autre d'infection purulente, le quatorzième jour ; le troisième de méningite, le septième jour.

Mais ce résultat ne prouve rien contre la valeur et la signification du signe diagnostique, car chez tous ces malades l'hémiplegie disparut après l'opération.

L'hémiplegie n'est donc pas un symptôme aussi grave que les convulsions et que le coma. En outre, dans tous ou presque tous les cas où l'on a fait le trépan pour remédier à l'hémiplegie, on a trouvé dans la lésion anatomique la justification de l'opération.

Il n'en a presque jamais été ainsi dans les opérations de trépan pratiquées dans les cas de convulsions ou de coma persistant. La trépanation dans le coma nous donne une mortalité de 75 pour 100; après des convulsions, 94 pour 100; après l'hémiplégie, 36 pour 100.

En résumé, trois ordres différents de symptômes correspondent à trois genres de lésion, et commandent les indications et les contre-indications du trépan :

1° Le coma avec stertor répond soit à une lésion cérébrale grave, soit à un épanchement succédant à la commotion du cerveau. Dans ces cas, il faut s'abstenir ou du moins attendre.

2° Les convulsions indiquent soit une méningite ou une méningo-encéphalite, soit la blessure du cerveau par un fragment d'os. Dans le premier cas, il faut s'abstenir; dans le second (et il est facile de s'assurer de la pénétration et de l'enfoncement), il faut se hâter d'opérer.

3° L'hémiplégie est le signe de la compression du cerveau tantôt par un fragment osseux, le plus souvent par du sang épanché. L'indication est de trépaner de suite.

J'aborde maintenant la question principale : Dans quelles circonstances devons-nous recourir à la trépanation ? Ce que j'ai exposé déjà a facilité et abrégé ma tâche; mais il me faut cependant examiner encore une question préjudicielle : celle du degré de nocuité de la trépanation envisagée d'une manière absolue; celle, en un mot, du danger que l'opération du trépan fait courir au malade.

M. Fischer a publié récemment, dans les *Archiv für klinische Chirurgie*, le résultat d'expériences faites par lui sur des animaux pour éclairer cette partie du problème. Aucun des animaux trépanés n'a succombé des suites mêmes de l'opération. Mais, je l'ai dit déjà, l'expérimentation sur les animaux peut aider l'observation clinique; elle ne doit pas s'y substituer.

Si nous nous bornions à examiner les résultats statistiques fournis par nos hôpitaux, il ne nous resterait peut-être qu'à proscrire le trépan : de 1835 à 1844, les 45 opérations faites dans les hôpitaux de Paris ont été toutes suivies de mort. Mais il ne faut pas oublier, d'une part, que l'état insalubre, la mauvaise hygiène de nos établissements hospitaliers, état qu'il ne nous est pas permis de changer, puisque l'omnipotence appartient à l'administration, tue beaucoup d'opérés que nous pourrions sauver si nous étions libres de régler directement l'hygiène de nos établissements; et d'autre part la répulsion, ou du moins l'éloignement que nous éprouvons pour le trépan, fait qu'on ne l'applique guère, à Paris, que dans les cas les plus graves, à la dernière extrémité et souvent trop tard.

Les résultats sont bien moins fâcheux ailleurs. Pendant la guerre

de la sécession, il a été fait, dans l'armée des États-Unis, 407 opérations de trépan pour plaies d'armes à feu du crâne; il y eut 47 guérisons, 60 morts ou 56 pour 100 de mortalité.

Le relevé des observations anglaises de 1857 à 1866 me donne 134 opérés avec 58 guéris et 76 morts, ou 56 pour 100 de mortalité, chiffre identique au précédent.

Mais le trépan n'est pas la seule cause de la mort; nous avons vu que presque toujours elle était déterminée par des lésions naturelles sur lesquelles l'art n'a aucune prise. Il serait donc intéressant de savoir, pour un grand nombre d'accidents semblables, quelle est la mortalité de la trépanation et celle de l'abstention. J'ai relevé, parallèlement aux observations dont je vous ai parlé jusqu'à présent, celles dans lesquelles il n'y avait eu aucune intervention chirurgicale active. Ici encore, nous avons une puissante cause d'erreur : le petit nombre de faits publiés. Mais même en acceptant, ce qui me paraît juste, la plus grande fréquence de la publication des cas heureux, nous trouvons 57 observations de fracture du crâne donnant 32 morts et 45 guérisons, c'est-à-dire 68 p. 100 de mortalité, chiffre bien supérieur à celle du trépan.

Mais nous pouvons encore juger approximativement la gravité du trépan en examinant les résultats de l'opération, lorsqu'elle a été appliquée dans des cas où l'absence de phénomènes cérébraux indiquait l'absence de lésion grave et primitive du cerveau.

34 trépanations ont été faites dans ces conditions. Chez un malade encore en traitement lors de la publication de son observation, le résultat reste inconnu; il nous reste donc 33 opérés sur lesquels 24 ont guéri et 9 sont morts.

Mais, dans trois au moins des cas mortels, le trépan ne saurait être responsable.

Une fois le blessé mourut le jour même de l'accident et de l'opération; on trouva dans l'abdomen un vaste épanchement sanguin dû à la rupture de la veine rénale.

Une fois le blessé, écrasé par la chute d'une lourde pierre, mourut comme le précédent, le jour même de l'accident, avec un vaste emphysème thoracique dû à la rupture de plusieurs côtes et à une fracture de la clavicule.

Une fois la méningite fut attribuée, non sans raison, à la présence dans le cerveau d'un fragment osseux.

Si nous mettons tous les autres décès sur le compte du trépan, nous trouverons 24 guéris et 6 morts, ou 20 p. 100 de mortalité.

Mais là encore l'étude des observations diminue la responsabilité du trépan. Deux des opérés succombèrent le cinquante-troisième et

le cinquante-huitième jour à un fungus cérébral; mais tous deux étaient atteints de fractures comminutives du crâne; l'un par coup de feu reçu à bout portant, l'autre par un coup de barre de fer, et la hernie cérébrale eût peut-être eu lieu, même sans l'opération. Deux moururent de méningite suppurée; un d'infection purulente après son passage dans un autre hôpital; une fois enfin l'autopsie ne fut pas faite.

Le trépan n'est donc pas une opération absolument innocente, et personne ne soutiendra qu'il soit indifférent de se faire ouvrir le crâne; mais la gravité de l'opération n'est que minime par rapport à celle des accidents qu'elle est appelée à combattre, et elle n'est pas par elle-même une cause suffisante de mort pour que l'on doive hésiter à la pratiquer non-seulement quand il y a indication, mais encore lorsqu'il y a doute.

Des indications à l'opération du trépan. — La question de l'opportunité de la trépanation peut être agitée dans des circonstances multiples et bien différentes.

1° Il n'existe pas d'accidents primitifs, et il y a : A, une fracture simple du crâne, B, une fracture avec enfoncement;

2° Il existe des accidents primitifs et il y a : C, absence de fracture; D, une fracture simple; E, une fracture avec enfoncement.

3° Il survient des accidents cérébraux plus ou moins longtemps après l'accident et il y a : F, absence de fracture; G, fracture simple ou fracture avec enfoncement.

Que faire dans ces circonstances ?

4° *Il n'existe aucun accident cérébral*, mais on constate :

A. Une fracture simple du crâne. Dans ces circonstances il faut s'abstenir, et personne, je crois, ne voudra revenir au trépan préventif comme le pratiquaient Quesnay, Le Dran, J. L. Petit, P. Pott. Sur dix blessés atteints de fracture simple du crâne et ne présentant aucun accident, disait P. Pott, sept succombent à des accidents ultérieurement développés; il vaut donc mieux trépaner inutilement trois malades qu'en laisser mourir sept qu'on aurait pu sauver par une opération. Mais aujourd'hui que l'observation nous a appris que la fracture simple de la voûte crânienne est loin d'être, sept fois sur dix, suivie de mort, le raisonnement de P. Pott ne s'appuie plus sur aucune base solide; et personne de nous, atteint de fracture simple du crâne, mais ayant conservé l'intégrité de ses fonctions cérébrales, ne se montrera partisan du trépan préventif au point de courir par la ville pour aller trouver un ami qui veuille bien lui ouvrir la boîte crânienne. C'est là le critérium moral et scientifique de la chirurgie pratique.

B. S'il y a fracture avec enfoncement, la question est plus difficile et plusieurs cas peuvent se présenter :

L'enfoncement est léger et il n'y a pas de plaie. Il faut songer d'une part que le malade peut guérir sans accidents ultérieurs et, d'autre part, que l'incision du cuir chevelu, en laissant pénétrer l'air dans le foyer de la fracture, expose le blessé aux dangers de l'infection purulente : il convient donc de s'abstenir et d'attendre.

L'enfoncement est léger, et il y a une plaie, il faut mettre à nu le foyer de la fracture, tenter de relever les fragments avec l'élévatoire, mais s'il faut, pour arriver au résultat cherché, employer le trépan ou la scie de Hey, mieux vaut alors s'abstenir et attendre.

L'enfoncement est considérable, des fragments pressent sur le cerveau ; qu'il y ait ou non une plaie il faut mettre à nu le foyer de la fracture, et malgré l'absence de symptômes cérébraux il faut relever les fragments par la scie, l'élévatoire ou le trépan, car la présence des fragments aura pour résultat à peu près certain d'amener de l'irritation cérébrale d'abord, et peut-être de l'encéphalite.

2° *Il existe des accidents primitifs.* S'il n'y a pas de plaie, il faut débrider sur le siège de la contusion, ou à l'endroit où l'on suppose qu'a porté le corps vulnérant ; car il faut s'efforcer de connaître la cause des accidents.

C. Il n'existe pas ou l'on ne trouve pas de fracture. Nous sommes ici en présence d'un des cas les plus difficiles de la pratique, et certainement sur ce point nous serons divisés d'opinion, car beaucoup de chirurgiens croient devoir faire ici application de la doctrine : « dans le doute, il faut s'abstenir. » J'ai déjà dit plus haut que pour ce qui regarde le trépan, la conduite inverse me semble la meilleure : « dans le doute il faut agir. »

Lorsque, sans être scientifiquement fixé sur la valeur particulière de chaque groupe de symptômes cérébraux, sans tenir compte de la nature, de l'espèce d'accidents observés mais en n'ayant égard qu'à leur siège, on trépanait à gauche parce qu'il y avait prédominance de symptômes à droite, ou mieux encore lorsqu'on trépanait alternativement à droite et à gauche quand les accidents tels que coma, convulsions, paralysies, étaient généralisés, on pouvait dire que le hasard seul faisait tomber sur le siège de la lésion ; mais aujourd'hui il ne doit plus en être de même. Certes s'il y a du coma, des convulsions épileptiformes générales survenus quelques jours après l'accident, ce qui, pour moi, doit rentrer dans la classe des accidents primitifs, il faut s'abstenir pour les raisons que j'ai données tout à l'heure ; mais s'il existe une hémiplegie complète ou partielle, soit seule, soit accompagnée de convulsions du côté affecté, si surtout cette paralysie est

survenue quelques heures ou quelques jours après la chute, mais après que le malade avait repris connaissance, il faut observer avec soin le côté du crâne opposé à la paralysie, et quand bien même un examen attentif ne ferait pas soupçonner le siège précis de la contusion, il faut trépaner sur ou vers la bosse pariétale. En effet, l'examen des faits nous apprend que le blessé atteint ainsi d'accidents est presque fatalement voué à la mort si l'on n'intervient pas; sans doute on m'opposera des cas de guérison, mais ils sont exceptionnels; le trépan, nous l'avons vu, n'ajoute que peu à la gravité de l'état du malade, et c'est ici le cas d'appliquer le raisonnement de P. Pott; sur dix de ces malades, sept mourront si l'on n'intervient pas, qui pourront guérir par notre intervention; sur trois malades notre intervention sera intempestive, mais, comme elle n'ajoutera que peu à la gravité de son état, il vaut mieux risquer de faire trois opérations inutiles, que s'abstenir dans sept cas où l'intervention active aurait pu sauver le malade.

S'il y a des convulsions généralisées, du délire, de l'agitation, des douleurs de tête violentes, faut-il, puisqu'on ne doit pas trépaner, abandonner le malade à lui-même? Je suis loin de le croire, et j'ai à vous proposer un mode de traitement auquel je dois deux guérisons de fractures de la base du crâne accompagnées de délire, d'agitation, de fièvre, en un mot de symptômes d'encéphalite ou de méningite généralisée, mais encore à son début. Ce mode de traitement, c'est l'usage de l'opium à hautes doses.

Le premier malade était un étudiant en médecine, M. S... qui, en 1862, fit une chute dans un escalier; je le trouvai le lendemain matin avec un écoulement séreux par l'oreille gauche, une hémiplégie faciale du même côté, et de plus il sentait, quand il serrait fortement les mâchoires, une crépitation dont il ne soupçonnait ni le point de départ, ni la cause, ni la gravité. Deux heures après la chute, il avait repris connaissance, et ne présentait aucun symptôme cérébral sérieux pendant trois jours; mais le quatrième, il survint de la fièvre, une extrême agitation, d'horribles douleurs de tête qui poussaient le blessé à vouloir se jeter par la fenêtre. Je lui administrai 2 centigrammes d'extrait d'opium toutes les heures, et sous l'influence de cette médication, le délire, l'agitation disparurent, et le malade guérit, n'ayant rien perdu de ses facultés intellectuelles ou physiques.

Le second malade est un homme de quarante-trois ans, qui, le 14 août 1864, avait fait une chute du haut de l'impériale d'un wagon de chemin de fer. J'avais été témoin de l'accident; le malade fut relevé dans le coma le plus profond, mais il reprit bientôt une semi-conscience.

Transporté chez lui par ses amis, il me fut rapporté, le 19 août, à l'hôpital de la Charité.

Des troubles graves étaient survenus dans la sensibilité, la motilité et l'intelligence; de temps en temps le malade tombait dans un état semi-comateux, mais le lendemain se montrèrent des convulsions générales, accompagnées et suivies de cris, d'agitation extrême : je prescrivis des bains et l'usage de l'opium, 2 centigrammes toutes les deux heures. Les accidents cérébraux disparurent en quelques jours, et le malade fut envoyé à l'asile de Vincennes.

Il vint me voir un mois après, voulant, dit-il, m'exprimer de vive voix ses remerciements, car il ne s'était souvenu qu'à la maison de convalescence de son accident, de son séjour à la Charité et des soins que nous lui avions donnés.

M Nuthaniel Alcock, médecin à Mooltan (Indes), a publié récemment un succès analogue obtenu par l'injection sous-cutanée de un tiers de grain de morphine.

D. Il existe une fracture simple, il faut attendre s'il existe du coma, employer les opiacés s'il existe des symptômes d'encéphalite généralisée; il faut trépaner s'il existe de l'hémiplégie ou si la nature des accidents convulsifs laisse croire qu'il s'agit de l'irritation limitée du cerveau par un fragment détaché de la table interne, ou une contusion localisée à la surface de l'hémisphère.

E. Il existe une fracture avec enfoncement. Que l'enfoncement soit léger ou considérable, le doute n'existe plus sur la conduite à tenir dans le cas où il y a des accidents; il faut trépaner si l'on ne peut autrement relever les fragments.

3° *Les accidents se développent ultérieurement.* — Si un certain nombre de jours ou même de mois après une contusion du crâne avec ou sans plaie, avec ou sans fracture, il se développe des accidents ultérieurs, il faut mettre à nu le siège supposé de la lésion. Le signe donné par Pott et par Le Dran, c'est-à-dire la sécheresse d'un point de la voûte crânienne correspondant à un point où le péri-crâne est détaché de l'os sous-jacent, peut servir à indiquer l'endroit où le trépan doit être appliqué. Cette apparition tardive des accidents a toujours une extrême gravité, car le plus souvent elle tient au développement d'une méningo-encéphalite qui se traduit alors par du coma ou des convulsions, rarement par de l'hémiplégie. Les succès nombreux obtenus dans les cas qui figurent dans mon relevé (7 morts sur 7 opérés), cas où il n'y avait aucun signe indiquant le siège de la lésion, ne prouvent pas d'une manière absolue la nécessité de l'abstention, car le plus souvent la trépanation a été faite lorsqu'elle eût pu ou dû ne pas l'être, c'est-à-dire lorsqu'il y avait

du coma ou des convulsions généralisées. Dans ces cas, je le répète, il faut s'abstenir. L'abstention est moins rigoureusement indiquée s'il y avait fracture, surtout s'il y avait fracture avec enfoncement ; dans ce dernier cas surtout je crois qu'il faut opérer.

S'il y a hémiplegie tardive ou convulsions limitées, mais trace d'une fracture, il faut agir ; dans cette circonstance on sait où doit être la lésion, et deux opérations dans ces circonstances ont donné deux guérisons.

Si des convulsions épileptiformes surviennent longtemps après une fracture, on doit encore intervenir puisqu'il reste l'espoir de guérir le malade.

Mais une circonstance grave vient se présenter à nous. Des accidents éloignés sont survenus, on a trépané sur le siège de la fracture, et l'on ne trouve rien ni entre la dure-mère et les os, ni entre le cerveau et la dure-mère ; mais, d'autre part, il existe des symptômes locaux indiquant la possibilité de l'existence d'un abcès dans la substance cérébrale, que faut-il faire ? Le chirurgien doit-il porter le bistouri dans le cerveau ? C'est là une question grave. Plusieurs chirurgiens, entre autres Lapeyronie, Roux, après avoir incisé la dure-mère, se sont arrêtés devant l'incision de la substance cérébrale ; l'examen ultérieur a montré que l'abcès était, à l'endroit même où la dure-mère avait été incisée, recouvert par une couche mince du cerveau. J. L. Petit, Dupuytren, plus hardis, ont plongé le bistouri dans le cerveau, et le succès a couronné leur audace.

Detmold, cinq semaines après la trépanation, ayant vu survenir des accidents, pratique dans le cerveau une incision de 4 pouce et demi qui donne issue à du pus ; il y a amélioration. Trois semaines plus tard, le malade perd la mémoire ; le chirurgien rouvre la plaie, et, n'y trouvant rien, il enfonce un stylet à 4 pouces de profondeur vers les ventricules ; sept semaines plus tard, nouvelle incision qui donne issue à du pus ; le malade meurt et, à l'autopsie, on trouve les deux ventricules remplis de matière purulente.

Certes, je ne veux pas donner comme un exemple à suivre la conduite de Detmold, je serais moins hardi, si l'on peut appliquer ici le mot de hardiesse. Être hardi à ses risques et périls, rien de mieux ; mais dans ces cas les risques ne sont pas du côté du chirurgien.

Je crois cependant qu'il ne faut pas hésiter dans certaines circonstances à inciser le cerveau ; des faits nombreux ont prouvé l'innocuité fréquente des lésions traumatiques du cerveau, quand elles portent sur la périphérie des hémisphères ; ils doivent inspirer aux chirurgiens une certaine assurance qui les engage à ne pas reculer

devant la nécessité d'intéresser avec le bistouri les couches superficielles de la substance cérébrale.

Larrey, David Rice (de Boston), Gibbs de Perry (Ohio), Hennen, etc., ont cité des faits de biscaïens et de balles gardés longues années dans le cerveau. M. Guyot (de Rennes) en a retiré avec succès des fragments de bois. Un malade dont le crâne est au musée de Santa-Maria Nuova, à Florence, eut pendant quatorze ans, dans le crâne, un bout de stylet. Un homme observé par M. Bonnefous (de Rhodéz) porta deux ans, dans l'encéphale, une lame de couteau. Selwyn (de Cheltenham), William Beaumont, le célèbre physiologiste, ont retiré de l'intérieur du crâne un couteau, une baguette d'artifice qui y avaient pénétré par l'orbite : les blessés guérirent. L'extrémité d'un bâton de chaise entra à une profondeur de 4 centimètres dans le cerveau d'un enfant de deux ans observé par Griswold (de Goodwinville) : l'enfant guérit. Un autre enfant de trois ans, tombé sur la pointe d'une grille en fer, resta suspendu à cette grille par une pointe qui avait pénétré de 6 centimètres dans le crâne. Lorsque son père le retira de cette situation, plus terrible encore pour le père que pour l'enfant, des fragments de cerveau restaient adhérents à la tige de fer : le blessé, soigné par M. James Cooper, ne conserva que de la faiblesse dans un bras et dans les fléchisseurs d'une des cuisses.

Je vous ai présenté, il y a quelques semaines, une culasse de fusil retirée par M. Lejeal (de Valenciennes) du crâne d'un contrebandier aujourd'hui guéri, et cette culasse avait pu séjourner de longs jours dans le cerveau sans que les médecins qui virent le malade aient soupçonné la présence d'un corps étranger. Et bien, je trouve dans la science quatre cas à ajouter à celui-là. Robert Hughes retira du cerveau d'un homme condamné à la détention avec travail forcé une culasse de fusil que cet homme portait dans le crâne quatorze mois déjà avant sa condamnation. Comme M. Lejeal, vingt-six jours après une plaie du frontal avec issue de matière cérébrale, un chirurgien américain fut fort étonné de trouver une culasse de fusil dans le crâne de son malade, qui guérit sans autre accident que la perte de la vision dans l'œil gauche. Un jeune homme de quatorze ans fut moins heureux : il mourut le vingt-quatrième jour après une plaie du frontal. M. Cunningham trouva, appuyée sur l'occipital, une culasse de pistolet qui avait traversé le cerveau. Un officier anglais garda pendant huit ans une culasse de fusil logée dans son cerveau. Le blessé n'ignorait pas ce qu'il avait ; mais il ne voulut pas se laisser extraire ce corps étranger, qui finit, au bout de huit ans seulement, par déterminer des accidents mortels. Phinéas Gage, âgé de vingt-cinq ans, travaillant au Rutland and Burlington railway en 1848, eut la tête

traversée, de l'angle gauche de la mâchoire au centre du frontal, par un pic de fer pesant treize livres et long de trois pieds, lancé par l'explosion d'une mine. Soigné par MM. Williams (de Norfield) et Harlow, il guérit, et son observation, rapportée par M. Bigelow, est complétée depuis par M. Henry Trewit (de Valparaiso), qui, onze ans après, retrouva Gage conducteur de voitures au Chili.

Dans une exploitation agricole de l'Angleterre, un éclat de mine avait mis à nu le cerveau d'un individu. Deux chirurgiens appelés auprès du blessé, après avoir retiré la poudre et autres corps étrangers qui s'étaient incrustés à la surface de l'organe, ne craignirent pas, dans un but de curiosité scientifique criminelle et odieuse, d'enfoncer à plusieurs reprises une sonde cannelée à travers les couches superficielles de l'hémisphère dénudé, de manière à dilacerer la pulpe cérébrale. Cependant le malade guérit.

Dans tous ces faits, les parties centrales du cerveau furent respectées; les parties périphériques seules furent atteintes, et ils nous montrent que les blessures du cerveau, lorsque elles n'intéressent que la périphérie de l'organe, n'ont pas la gravité que l'on pourrait supposer *à priori*. Ils sont confirmatifs des résultats des expériences instituées par M. Flourens et par M. Vulpian sur les animaux. Mais ces observateurs ont démontré que les lésions des couches cérébrales profondes entraînent des accidents graves, et même la mort immédiate.

On peut donc plonger le bistouri dans la substance cérébrale lorsque l'on a lieu de croire à l'existence d'un abcès, à la condition, toutefois, de ne pas pénétrer dans les couches centrales, dans les cavités ventriculaires.

En résumé, trois ordres de phénomènes dominent la pathologie des coups et blessures de la tête, et les indications thérapeutiques des accidents, au point de vue de l'opération du trépan : ce sont le coma, les convulsions, l'hémiplégie.

Dans le coma, la règle est d'attendre.

Dans les convulsions, le principe est de n'opérer jamais ou presque jamais.

Dans l'hémiplégie simple ou compliquée de convulsions partielles, l'indication est d'intervenir toujours ou presque toujours, et d'intervenir de bonne heure.

Dans le cas d'accidents tardifs, il faut intervenir si, à l'hémiplégie cérébrale, se joignent des signes de fracture avec dénudation du crâne; et si, à la suite du trépan, on ne trouve pas d'épanchement, il ne faut pas craindre de porter le bistouri dans les couches extérieures de cerveau présumées être le siège d'un abcès.

J'ajouterai enfin : dans tous les cas où le doute existe, il faut agir.

Dans ces conditions, le trépan est une opération excellente qui mérite de prendre, dans la pratique de la chirurgie française, une place honorable aussi éloignée de l'engouement dont elle fut l'objet au temps de l'Académie royale de chirurgie, que du discrédit profond où elle est tombée aujourd'hui.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

M. BROCA présente une nouvelle canule à trachéotomie construite sur ses indications par M. Mathieu.



Il est souvent difficile de savoir quand on peut sans danger retirer la canule trachéale. Si on la retire avant que la perméabilité du larynx soit rétablie, le malade est exposé aux dangers de la suffocation, car on replace quelquefois difficilement la canule que l'on vient d'enlever. Celle-ci est munie d'une ouverture sur la convexité de sa courbure, permettant à l'air de passer dans le larynx lorsque l'on bouche l'extrémité antérieure de l'instrument. A cette extrémité antérieure s'applique une pièce mobile renfermant une soupape dont l'occlusion est réglée par le mouvement d'une vis. En fermant plus ou moins cette soupape, on force l'air à passer plus ou moins par le larynx, et lorsqu'on a pu tenir cette soupape fermée pendant plusieurs heures ou plusieurs jours, on a la certitude de pouvoir sans danger retirer la canule, puisqu'on s'est assuré que le passage de l'air par les voies naturelles est redevenu possible et suffisant.

Le secrétaire annuel, Léon LEFORT.

SÉANCE DU 27 MARS 1867.

Présidence de M. LEGUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

MM. Gurlt (de Berlin) et Loir, membres correspondants, assistent à la séance.

CORRESPONDANCE.

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux de la semaine;

Mémoires et compte rendu des travaux de la Société de médecine du Havre, 1864-1865;

Recherches sur quelques troubles de nutrition consécutifs aux affections des nerfs, par M. Mougeot, docteur en médecine;

Essai sur la vie du docteur Rigal (de Gaillac), par M. le docteur G. Gouzy;

Notes on the progress of acupuncture, par le professeur Simpson (d'Edimbourg), 2^e édition, 1867;

Leçons de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon, professées par M. Desgranges. Premier fascicule, comprenant des observations de : 1^o tumeurs du sein; 2^o tumeurs de l'abdomen; 3^o corps étrangers des articulations.

— M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture d'une observation adressée à la Société par M. Ciniselli (de Crémone), intitulée : *Anévrysme de la carotide*, guéri par la compression directe.

M. VELPEAU. L'observation de M. Ciniselli est des plus intéressantes, et si ce n'était la notoriété scientifique de l'auteur, on pourrait émettre quelques doutes sur le siège exact de l'anévrysme qui a été ainsi guéri par la compression. Il est difficile, sur le vivant, de bien établir que c'est la carotide ou bien une de ses branches qui porte la tumeur anévrysmale. En présence d'une guérison aussi inespérée, j'aurais quelque tendance à croire qu'il s'agissait d'une blessure de l'une des branches de la carotide.

M. LE FORT. Je partage les doutes émis par M. Velpeau; le diagnostic est très-embarrassant, et je rappellerai à ce sujet que l'autopsie a démontré qu'on avait lié six fois la carotide pour des anévrysmes qui intéressaient la vertébrale. J'ajouterai que si, dans l'observation de M. Ciniselli, il est dit que la carotide était per-

méable, on ne précise pas suffisamment; le sang parcourait-il directement le vaisseau ou bien était-il ramené par les collatérales?

Anévrysme de la carotide, guéri par la compression directe, par M. Ciniselli (de Crémone), membre correspondant de la Société.

(Observation présentée de la part de l'auteur, par M. le professeur VELPEAU.)

Un maçon de vingt-deux ans, sain et vigoureux, fut atteint d'un coup de couteau pointu à la partie supérieure et gauche du cou; une hémorrhagie abondante s'ensuivit, cependant la plaie guérit par réunion immédiate.

Un mois après, apparut sous la cicatrice une tumeur pulsatile du volume d'un grain de maïs; cependant le blessé continua ses travaux et ne songea à se soigner que neuf mois après, alors que la tumeur avait notablement grossi. On essaya la compression digitale de la carotide au-dessous de l'anévrysme, en faisant, plusieurs fois par jour, des séances d'une demi-heure de durée. Ce traitement, continué soigneusement pendant trois semaines, n'eut aucun résultat.

Au mois de novembre 1865, onze mois après la blessure, le malade, habitant les bords du lac de Côme, me fut adressé, à l'effet de savoir si l'on pourrait appliquer la galvano-puncture.

La tumeur avait le volume d'une grosse noix; elle naissait de la partie supérieure de la carotide primitive, s'élevait jusqu'à la face extérieure de la mâchoire et s'étendait jusqu'à la saillie du cartilage thyroïde; elle était tendue, animée de pulsations fortes et visibles, et s'affaissait notablement par la compression de la carotide. On pouvait s'assurer par le toucher, de l'absence de tout caillot fibrineux dans le sac. Le bruit de souffle manquait aussi. Veines du cou à l'état normal. L'individu, bien portant du reste, se plaignait seulement des pulsations qui troublaient son sommeil.

J'examinai d'abord l'opportunité de la galvano-puncture. Or, en considérant que l'anévrysme était en voie de progrès, que le cours très-libre du sang dans son intérieur pouvait s'opposer à la formation du caillot électrique ou, transportant ce caillot dans les vaisseaux cérébraux, faire naître des accidents d'embolisme, que cette méthode pouvait provoquer une réaction assez forte en raison de la vigueur du sujet et du degré de vitalité de la partie, qu'en cas d'insuccès très-probable, comme je l'ai démontré pour cette artère, il faudrait faire la ligature de la carotide dans les conditions les plus défavorables; pour toutes ces raisons, je rejetai la galvano-puncture, et mon avis fut partagé par plusieurs de mes collègues, qui, rassemblés en

consultation, passèrent que le moyen le moins dangereux consistait à lier la carotide.

Cependant, comme le sac était assez résistant encore, il n'y avait pas urgence à pratiquer cette grave opération ; aussi, je voulus tenter la compression directe avec une éponge, moyen qui m'avait réussi dans un anévrysme de l'artère axillaire.

A la vérité, le cas présent était bien différent et réunissait les circonstances les plus contraires à l'application et au succès de la méthode ; néanmoins, je procédai de la manière suivante : une éponge souple, globuleuse, beaucoup plus volumineuse que la tumeur, fut appliquée à la partie la plus élevée du cou ; sur sa partie moyenne était fixée, par une épingle, une bande de flanelle dont l'un des chefs passait sous l'oreille gauche, sur la tubérosité occipitale, sur la région temporale droite et enfin sur le sommet du front, tandis que l'autre chef, traversant la région sous-maxillaire, remontait sur la région temporale droite, sur le sommet de la tête, et redescendait enfin sur l'éponge, où elle était également fixée par une épingle. Une dernière épingle unissait ensemble les deux chefs au niveau de la région temporale droite.

La pression exercée par l'éponge, suffisait pour faire cesser les pulsations. Un doigt, introduit sur cette éponge, constatait néanmoins que le volume de la tumeur était à peine changé. La bande avait l'avantage de laisser libre la circulation de la carotide ; elle ne se dérangeait pas trop souvent et s'appliquait aisément. La compression, presque continue, n'était interrompue que pendant quelques heures de nuit. L'appareil se dérangeait pendant le sommeil. Une fois par jour, l'éponge était imbibée d'eau fraîche et exprimée ; elle gardait ainsi son élasticité.

La compression ainsi faite constituait tout le traitement. Le malade restait debout tout le jour, il usait de vin et d'un régime nourrissant.

Après douze jours de compression, l'amélioration était sensible, la tumeur avait diminué de volume, les parois du sac étaient plus fermes, les pulsations moins fortes. La compression fut continuée sans interruption, de sorte qu'après quatre-vingt-dix-sept jours, l'anévrysme, réduit au volume d'une noisette, était dur, sans pulsations, irréductible, agité seulement par la pulsation de la carotide, laquelle était restée perméable.

Les choses étaient dans le même état en août 1866 ; cinq mois plus tard, c'est-à-dire en janvier 1867, je revis le malade. Cette fois, la tumeur avait complètement disparu ; il n'en restait d'autre trace qu'une petite nodosité inégale, aplatie, siégeant à la partie supérieure de la carotide qui était tout à fait normale.

Cette observation offre une grande importance pratique ; elle a trait en effet à un anévrysme difficile à guérir, autant par son siège que par sa cause. La compression employée seule, par le procédé le plus simple, est parvenue, dans les conditions les moins favorables à son application, à opérer la réduction du sac.

Dans les observations déjà connues, où la compression directe a réussi, le degré de pression n'est pas indiqué. Les moyens les plus variés ont été mis en usage : on a employé simultanément la compression indirecte, l'application du froid et des styptiques, la méthode de Valsalva ou un traitement interne propre à ralentir la circulation ; en un mot, on n'a pu juger l'efficacité de la compression directe, qui a été regardée jusqu'à ces derniers temps, comme insuffisante et dangereuse même en certaines circonstances.

Si on examine les cas de succès, on constate que la compression directe a été appliquée avec douceur, en s'opposant peut-être à l'expansion du sac qui, grâce à la contractilité de son tissu, a pu revenir peu à peu sur lui-même jusqu'à complète disparition, comme cela est arrivé dans l'observation précédente.

En lisant plusieurs traités de chirurgie anciens et modernes, j'ai trouvé décrite, avec plus ou moins de détails, la méthode de la compression directe, mais sans indication de la marche à suivre. Il semble que le meilleur procédé consiste à comprimer avec un corps souple légèrement élastique, embrassant le plus possible la tumeur et la réduisant à l'état de repos. Une telle compression suffisant au but, ne gênant aucunement le malade, peut être continuée sans interruption pendant un temps qui ne peut être que très-long.

Ce fait seul, ayant à ma connaissance beaucoup d'analogie avec celui que je viens de rapporter, est relatif à un anévrysme poplité guéri de la sorte, par E. G. Bancker. Il est relaté dans le *Dublin medical press.*, oct. 1839 et dans le *British and Foreign med. Review*. January, 1840.

COMMUNICATION.

Suture sous-cutanée des tendons.

M. DUBRUEIL fait part à la Société que, dans de nombreuses expériences sur les animaux, il a exécuté la suture sous-cutanée des tendons. Ce mode de réunion lui aurait permis d'obtenir des cicatrices presque linéaires.

ÉLECTION DE MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS.

Sont élus au scrutin, MM. Van Buren, Spencer Wells, John Simon, Zeis et Deroubaix.

Discussion sur le trépan. (Suite.)

M. LEGUEST. Je doute que personne ait été plus heureux que moi de voir s'ouvrir, dans le sein de la Société de chirurgie, une discussion sur l'opération du trépan. Mis en demeure, chaque année, dans mon cours sur les blessures par armes à feu, de formuler les indications de cette opération, j'espérais trouver dans les opinions de nos collègues des données plus précises que celles qui sont généralement répandues. Mais, jusqu'à présent, il me semble que l'incertitude est la même qu'avant la communication de M. Broca.

Cependant on peut faire deux parts de ceux de nos honorables collègues qui ont pris la parole sur la question : ceux qui nous ont apporté le tribut de leur expérience personnelle, et ceux qui nous ont fait part du résultat de leurs lectures et de leurs méditations. Ces derniers me paraissent être restés dans le *statu quo* ; les autres, chose assez singulière, ceux qui se sont trouvés aux prises avec les difficultés de la pratique, me paraissent incliner davantage vers l'opération.

Cela prouve, à mon sens, que la trépanation du crâne est un point de chirurgie qui n'est pas encore jugé pour tout le monde, qui doit être remis à l'étude, et qui ne peut être résolu que par des observations nouvelles, relevées avec soin et sans opinion préconçue.

Je dis sans opinion préconçue, parce que, quand Desault repoussait la trépanation du crâne, sous prétexte que cette opération n'avait jamais donné un succès à l'Hôtel-Dieu, la pourriture d'hôpital était encore en permanence dans cet établissement qui ne devait pas offrir aux chirurgiens beaucoup plus de sécurité pour les autres opérations ; que de plus, Desault était l'adversaire déclaré des opinions de l'Académie royale de chirurgie, dont il ne faisait pas partie.

Et lorsque plus tard Gama et surtout Malgaigne, après lui et d'après lui, condamnèrent le trépan, ils se fondèrent sur l'opinion de Desault, sur quelques observations favorables à leur manière de voir, et sur des expériences d'une valeur aujourd'hui contestée, à savoir : des injections d'eau faites impunément dans le crâne des animaux.

Quoi qu'il en soit, ce fait signalé par M. Deguise que le trépan n'est pas en honneur en France, subsiste ; et cependant la trépanation du crâne est toujours acceptée en Angleterre ; elle a été largement pratiquée pendant la guerre de la sécession des États-Unis.

Je puis mettre sous les yeux de la Société les résultats qui ont été obtenus de cette opération dans les armées américaines et que je lui ai déjà signalés, en les comparant aux résultats de la pratique des chi-

rurgiens anglais et français, dans les plaies de tête, pendant la guerre de Crimée.

En Crimée, toutes les blessures de la tête, sans distinction, ont été, dans l'armée française, au nombre de 2,774 et ont donné 764 morts ou 27,5 morts pour 100. Dans l'armée anglaise, elles ont été de 904, et elles ont donné 180 morts ou 20 morts pour 100. On peut en conclure légitimement que les chirurgiens anglais ont été plus heureux que nous dans le traitement des plaies de la tête en général, sans affirmer cependant que l'avantage qu'ils ont obtenu soit dû à la pratique du trépan, plus étendue chez eux que parmi nous.

En Amérique, pendant la guerre de la sécession, sur 5,046 plaies de tête, on a relevé 3,942 cas de contusions ou plaies du cuir chevelu, qui ont donné 193 morts ou 2,6 pour 100; et 4,104 cas de fractures du crâne avec perforation, pénétration ou enfoncement, de fractures sans enfoncement, et de contusions compliquées de lésions de l'encéphale, dont les résultats ne sont pas encore tous connus.

Mais 114 cas connus, dans lesquels on a enlevé des esquilles ou des corps étrangers, sans trépanation, ont donné 53,5 morts pour 100; et 107 cas de trépan ont donné 50,6 morts pour 100. D'où il résulte que l'ensemble des cas traités par une opération, trépan, extraction d'esquilles ou de corps étrangers avec les pinces ou l'élevatoire, ont donné 54 morts pour 100; tandis que sur 483 cas connus, traités par l'expectation ou médicalement, les morts se sont élevés à 80,5 pour 100. En d'autres termes, la différence des guérisons en faveur de l'intervention chirurgicale est de 26 pour 100 environ.

Bien que ces chiffres n'aient pas une valeur absolue, puisqu'ils ne représentent pas les résultats des 4,104 cas connus des fractures avec ou sans enfoncement, et des fractures avec lésion de l'encéphale, nos confrères d'Amérique n'en concluent pas moins à la réhabilitation du trépan.

Pour nous, l'impression générale qui nous reste de ces documents, puisés dans les statistiques chirurgicales des armées française, anglaise et américaine, pendant les dernières guerres, c'est que les chirurgiens qui ont volontiers pratiqué la trépanation du crâne paraissent avoir été plus heureux que les chirurgiens qui ont pratiqué peu ou point cette opération.

Mais les faits qui sont en contradiction avec les idées généralement reçues et dont nous n'avons pas été témoins, laissent toujours un certain doute dans l'esprit; il faut, pour qu'ils soient acceptés, qu'ils se soient passés sous nos yeux ou qu'ils nous soient directement rapportés et qu'ils puissent être soumis à la discussion.

C'est pourquoi, en présence de l'indécision qui me paraît encore

générale sur la question, il convient que chacun de nous expose ici les circonstances dans lesquelles il a pu se trouver en situation de pratiquer le trépan, les péripéties qu'il a traversées, la conduite qu'il a tenue, les motifs de sa détermination, enfin les résultats qu'il a obtenus. Ainsi se trouveront soumises à un examen contradictoire les indications du trépan qui, dans un temps plus ou moins éloigné, pourront être arrêtées dans la mesure que comporte la variété si grande des manifestations des lésions de l'encéphale.

MM. Broca, Deguise et Perrin sont déjà entrés dans cette voie, où je me propose de les suivre.

Et d'abord il faut s'entendre sur ce que l'on doit appeler la trépanation du crâne. Pour moi, messieurs, l'application d'une ou de plusieurs couronnes de trépan pour extraire des esquilles mobiles ou des corps étrangers voisins de la lésion du crâne, ne constitue pas une opération de trépan.

On ne fait une véritable opération de trépan qu'autant que l'on agit sur les os fracturés, enfoncés ou non enfoncés, mais immobiles et fermant solidement encore la boîte crânienne, qu'autant que l'on agit sur les os dénudés ou non dénudés, altérés ou non altérés ; en un mot, qu'autant que l'on fait une perforation au crâne pour combattre des accidents à redouter ou déjà déclarés.

Tout le monde est d'accord sur la nécessité d'extraire les esquilles mobiles et les corps étrangers : il n'est pas de chirurgien de quelque pratique qui n'ait fait cette opération ; et parce qu'ils se sont servis de l'instrument trépan à cet effet, beaucoup pensent avoir fait la trépanation du crâne. Ce qui prête à cette confusion, c'est qu'en pareil cas, les opérations sont faites à deux époques différentes ; immédiatement, lorsqu'en explorant la plaie on rencontre les esquilles mobiles ou les corps étrangers ; consécutivement, lorsque des accidents persistent ou surviennent, qui décèlent la présence des corps étrangers ou des esquilles qu'on n'a pas trouvés tout d'abord. Dans l'un comme dans l'autre cas, on n'a pas véritablement trépané, on n'a fait qu'élargir la solution de continuité faite aux os du crâne.

Mais il n'en est pas moins vrai que, pour élargir consécutivement la plaie des os afin d'extraire les esquilles, il faut y être autorisé par certains signes. Or, ces signes sont variables, peuvent disparaître ou même ne pas exister. Les accès épileptiformes ont fourni une indication à M. Broca ; il a opéré ; son malade a guéri ; rien de mieux. Mais chacun sait que les accès épileptiformes, qui ne sont pas rares dans les plaies de tête, disparaissent quelquefois ; et chacun sait aussi qu'ils signalent fréquemment le début de l'encéphalite. Dans l'un et l'autre cas, le trépan est donc inutile, pourront dire les adversaires

de cette opération. Je répondrai qu'il est au moins innocent et qu'il peut être utile, surtout si les accès épileptiformes apparaissent peu de temps après la blessure et sont assez éloignés les uns des autres pour n'indiquer qu'une irritation et non pas une inflammation de l'encéphale.

Je me suis décidé à opérer sur des signes moins marqués, et j'ai obtenu des succès. Voici un cas où, sans aucun phénomène autre que l'abondance de la suppuration et l'injection des conjonctives, j'ai appliqué le trépan pour extraire consécutivement des esquilles.

Plaie pénétrante du crâne par coup de feu. — Extraction d'esquilles à l'aide du trépan. — Guérison.

C... (49^e bataillon de chasseurs à pied), blessé, le 30 janvier, à Sébastopol, reçu à l'hôpital, le 5 février, à Constantinople.

Coup de feu au milieu et à la partie supérieure du front, à la racine des cheveux. État général bon ; aucun phénomène de compression. La balle restée engagée dans l'os, au dire du blessé, a été extraite immédiatement. Fracture et destruction irrégulière de la table externe ; la table interne forme le fond de la plaie et paraît immobile.

Le 42, un peu d'injection des conjonctives, pesanteur de tête, suppuration abondante de la plaie. Je constate la mobilité de la table interne : essais infructueux d'extraire l'esquille. — Trépanation dans la journée ; extraction de 13 esquilles ; hémorrhagie abondante par le sinus longitudinal supérieur. — Pansement simple, bouillons, lavatif.

Le 47, tuméfaction notable du front, des yeux et des joues ; suppuration très-abondante ; sortie de quelques fragments d'os.

Le 22, les accidents locaux disparaissent rapidement. Il n'y a jamais eu d'accidents généraux. Le malade dort et mange bien. La plaie est comblée par des granulations de bonne nature. Départ pour France.

Je ne prétends pas arguer de cette observation pour dire qu'une fois les esquilles extraites, le malade doit guérir : la violence qui fracture les os ne s'épuise pas sur eux tout entière, et agit souvent encore sur le cerveau. Dans l'observation qui suit, l'extraction des esquilles n'a pas enrayé les accidents ; elle présente cette particularité que la paralysie siégeait du même côté que la blessure et les désordres les plus graves du cerveau.

Plaie pénétrante du crâne par coup de feu. — Extraction d'esquilles à l'aide du trépan. — Mort.

C... (39^e de ligne), blessé le 26 janvier devant Sébastopol.

Je le reçois le 4^{er} février. Coup de feu en arrière de la bosse frontale droite. La balle, primitivement engagée dans la table externe irrégulièrement fracturée, a été retirée, au dire du blessé, ainsi que quelques esquilles. Le doigt reconnaît que la table interne formant le fond de la plaie est mobile : il m'est impossible de décider cet homme à se laisser extraire l'esquille interne ; il prétend se porter admirablement.

Le 15 février, je sens l'esquille plus mobile, néanmoins je ne puis l'enlever ; le blessé se décide à se laisser appliquer une couronne de trépan (sans chloroforme). Extraction de huit esquilles formant une surface grande comme la deuxième phalange du pouce.

Le 16 et le 17, bon état.

Le 18, fièvre, tuméfaction des paupières ; le blessé se lève, tombe en syncope et fait une chute à la renverse sur le derrière de la tête.

Le 19, fièvre et céphalalgie modérées. — 30 sangsues aux oreilles, purgatif.

Le 20, paralysie de l'avant-bras et de la main à droite, refroidissement, sensibilité conservée, assoupissement prononcé ; le malade est tombé de sa pailasse, la nuit, sans en avoir conscience.

L'examen de la plaie n'offre rien à signaler, sinon que les bords osseux semblent devoir se nécroser. — Saignée de 500 grammes, purgatifs, etc.

Le 22, mort, sans cris, sans convulsions, dans l'assoupissement le plus prononcé et l'insensibilité générale.

Autopsie. — Un peu au delà et en avant de la couronne de trépan et de la perte de substance osseuse résultant de la blessure, on trouve la dure-mère déchirée et couverte d'un pus noir-verdâtre.

Incisant la dure-mère de ce côté, on rencontre, immédiatement au-dessous d'une couche très-mince de matière cérébrale, un abcès du volume d'un gros œuf, qui laisse échapper un liquide séreux, jaune-verdâtre, mêlé de stries brun-roux et de grumeaux, d'une odeur détestable. Incisant les parois de l'abcès, on constate qu'il a envahi les lobes antérieur et moyen à droite, et que le liquide qu'il renferme remplit tous les ventricules et particulièrement la corne du ventricule gauche où il s'est accumulé, qu'il a passé dans le quatrième ventricule par l'espace sous-arachnoïdien postérieur, s'est répandu en nappe sous le lobe postérieur gauche, sur toute la surface du cervelet, la

moelle allongée, pour s'arrêter à la hauteur de la quatrième vertèbre cervicale.

Par contre, le fait suivant prouve que la présence d'esquilles peut être supportée sans donner lieu à aucun symptôme, comme je le disais tout à l'heure.

Plaie pénétrante du crâne par coup de feu. — Extraction de la balle et de quelques esquilles. — Sortie spontanée d'esquilles abandonnées dans la plaie. — Guérison.

B... (39^e de ligne), blessé le 31 janvier devant Sébastopol.

Coup de feu un peu en arrière de la bosse frontale droite; la balle reste engagée dans l'os. Je la retire, le 3 février, avec quelques esquilles, à l'aide de l'élévatoire et des pinces. On constate les battements du cerveau à travers la dure-mère,

Suppuration abondante, mais de bonne nature; état général très-bon.

Le 43, deux petites esquilles se présentent spontanément et sont extraites.

La suppuration diminue.

Le 22, le malade, considéré comme guéri, est évacué sur Nagarah pour rentrer en France.

Depuis le moment où, deux heures après l'accident, le sujet est revenu à lui, il n'a présenté aucun trouble physique ou intellectuel.

Enfin, voici un cas où l'extraction de la balle et de quelques esquilles a été suivie d'un rétablissement complet pendant deux mois; la persistance de la suppuration indiquait néanmoins la présence d'une dernière esquille qui a déterminé un abcès du cerveau et amené la mort.

Plaie pénétrante du crâne par coup de feu. — Extraction de la balle et des esquilles. — Encéphalite survenue trois mois après l'accident. — Incision du cerveau. — Mort.

G... (20^e de ligne), blessé le 20 septembre à l'Alma. Coup de feu sur la bosse pariétale gauche; entré le 23.

Plaie aux tégumens, de forme ronde sur le sommet d'une tuméfaction très-forte; le doigt ne peut être introduit: incision.

Perforation du crâne comme à l'emporte-pièce; toute la troisième phalange de l'indicateur est introduite et rencontre une masse pulpeuse, trop dure pour être le cerveau, et constituée par un caillot.

Pas de fièvre, pas de pesanteur ni de douleur de tête; pouls normal, appétit, selles régulières, intelligence nette, mais oubli des noms

communes. impossibilité de tirer la langue, dilatation de la pupille droite, vision intacte, intégrité des mouvements.

Cet état se continue jusqu'au 28 ; je sonde la plaie et rencontre le projectile que j'amène un peu difficilement au dehors. Le soir même, la pupille droite est moins dilatée ; la langue peut sortir de la bouche ; intelligence nette.

Le 29, état très-satisfaisant ; le malade se rappelle le nom des aliments et de son pays natal.

Jusqu'au 40 octobre, l'état va s'améliorant ; la mémoire revint peu à peu ; suppuration abondante de bonne nature ; le blessé mange la demi-portion, fume, se lève et se promène.

Au 28, le bien continue ; la plaie se ferme progressivement ; elle laisse sortir une esquille grosse comme une lentille, le 25 ; quelques gouttes de pus par jour. On perçoit distinctement les soulèvements du cerveau.

Jusqu'au 6 novembre, tout va bien, le malade se rend utile dans les salles.

Le 7, suppuration abondante.

Le 15, elle a presque disparu.

Le 16, elle est très-abondante. Incision des téguments et des parties cicatrisées ; extraction de quatre esquilles, égales au diamètre d'une pièce d'un franc, venant de la table interne.

Au 8 décembre, la plaie est presque fermée ; trajet fistuleux. Le blessé se considère comme guéri.

Le 20, suppuration abondante ; face vultueuse ; poulx large et lent ; intelligence nette. Je sonde la plaie : esquille très-petite et très-mobile que je ne puis saisir ; je l'abandonne dans l'espoir qu'elle se présentera seule. — Diète, purgatif, glace sur la tête.

Le 21, à mon arrivée à son lit, le blessé se dresse rapidement. Face plus vultueuse que la veille, conjonctives sanglantes, poulx lent et large, intelligence nette, mais impossibilité de prononcer d'autres paroles que *oui* ou *non*, que le malade répète plusieurs fois de suite et avec une vive impatience de ne pouvoir répondre à mes questions.

L'esquille sentie la veille se présente à l'orifice du trajet fistuleux ; elle est extraite. — 30 sangsues derrière les oreilles, purgatif, glace sur la tête, sinapismes, vésicatoires.

Le 22, état aggravé : stupeur légère, perte de la parole, immobilité, décubitus dorsal. — 90 sangsues aux oreilles, purgatif, nouveaux vésicatoires.

Le soir, paralysie du côté droit. Incision des téguments et de la cicatrice, mise à nu, de la dure-mère. Il me semble que cette membrane est tendue, et que les battements perçus par le doigt appliqué

sur elle ne sont pas en rapport d'intensité avec les battements du pouls. Présument un abcès du cerveau, j'incise la dure-mère en croix : le cerveau vient immédiatement faire hernie dans la perte de substance osseuse; je l'incise à la profondeur de 2 centimètres, sans résultat.

Le blessé a perdu une grande quantité de sang par la division de l'artère temporale.

Le 23, le malade est resté dans la position où nous l'avions mis la veille. Refroidissement des pieds et des mains, pâleur du visage, siccité de la conjonctive, quelques cris, perte complète du sentiment - paralysie du côté droit de la face, alternant avec des contractions rapides et fréquentes (70 fois à la minute) du coin de la bouche, du peaucier; mouvements convulsifs ascensionnels du larynx.

Mort dans la journée.

Autopsie. — Un trait de scie circulaire enlève la calotte crânienne.

On aperçoit la dure-mère incisée en croix dans l'étendue de 2 centimètres. A travers l'incision, le cerveau, incisé également l'avant-veille, est d'un rouge livide et fait une saillie de 45 millimètres environ.

Épanchement de pus en nappe sous l'arachnoïde, s'étendant sur les deux hémisphères cérébraux.

Une coupe du cerveau, pratiquée sur l'incision faite pendant la vie, ouvre un foyer purulent de la forme et du volume d'un haricot, situé à 2 ou 3 millimètres plus profondément.

Deux coupes horizontales du cerveau montrent l'engorgement sanguin des vaisseaux et de la masse encéphalique.

Ainsi donc, laissant de côté l'extraction immédiate des corps étrangers et des esquilles mobiles, dont l'indication est toujours présente, on peut dire que l'extraction consécutive est indiquée, sans parler des paralysies, par l'abondance de la suppuration, par la céphalalgie persistante, par l'injection persistante aussi des conjonctives, par la somnolence, par des fourmillements dans les membres, par les accès épileptiformes avec remittance, enfin par tous les signes d'irritation cérébrale, ou, si l'on veut bien me permettre de m'exprimer ainsi, d'encéphalite latente.

Examinons maintenant quelques indications de ce que l'on devrait exclusivement appeler la trépanation du crâne, c'est-à-dire la perforation de la boîte crânienne ayant conservé sa solidité, bien que fracturée.

On pose généralement en principe que, dans les enfoncements modérés du crâne, il ne faut pas trépaner quand il n'y a pas d'accl-

dents immédiats, et surtout quand il n'y a pas de plaie, parce que, dit-on, le cerveau peut s'habituer à la compression, et la boîte crânienne se relever. On admet que les symptômes immédiats et persistants de compression sont des indications du trépan.

Pour moi, messieurs, je pense qu'il faut trépaner dans tous les cas d'enfoncement, avec ou sans accidents immédiats, avec ou sans plaie du cuir chevelu. C'est, me dira-t-on, faire le trépan préventif. Je ne dis pas non. C'est de la chirurgie préventive au même titre qu'on enlève des parties molles, une balle qui ne détermine pas d'accidents, et qui peut-être, *peut-être*, je le répète, pourrait sortir seule. Si des observations condamnent ma manière de voir, permettez-moi de vous en citer d'autres qui militent en sa faveur.

La première est relative à un cas d'enfoncement de la table interne de l'os, sans mobilité. Malgré les symptômes indiquant la trépanation, cette opération ne fut pas faite, en raison de l'état général du sujet.

Coup de feu à la tête. Enfoncement du pariétal. Pas d'opération. Mort.

J... (3^e bataillon de chasseurs à pied), blessé le 4^{er} novembre devant Sébastopol.

Entré le 19 novembre. Coup de feu sur la bosse pariétale gauche : fracture du crâne, perte de substance à la table externe faite comme à l'emporte-pièce, de l'étendue d'une pièce de 50 centimes. Le cuir chevelu est labouré d'avant en arrière au delà de la lésion de l'os. La table interne ne présente aucune perte de substance, ni mobilité. Dilatation considérable des pupilles, immobilité générale, paralysie incomplète du membre supérieur droit, sensibilité conservée, langue non déviée, somnolence, cris, diarrhée considérable.

Je crois à l'opportunité du trépan, et je consulte quelques confrères, qui le rejettent en raison de l'état général préexistant à la blessure. — 60 sangsues aux apophyses mastoïdes, sinapismes, vésicatoires aux mollets, glace sur la tête, purgatif.

Le 20, amélioration notable, sommeil calme. — Même prescription.

Le 21, retour de l'intelligence, un peu de loquacité, pupilles moins dilatées, pas de douleur, pouls lent et large, selles régulières, escharres étendues au sacrum.

Les choses marchent ainsi jusqu'au 30. Réapparition de la diarrhée, progrès des escharres du sacrum. Appel sans motifs des gens de service. Paralysie augmentée du bras droit, mouvements des membres abdominaux difficiles, douleurs vives dans les talons.

L'intelligence reste intacte, pas de douleurs de tête, amaigrissement rapide, diarrhées tenant le malade dans un bain de matières fécales, malgré tous les soins de propreté.

Le 3 décembre, dans la nuit du 2 au 3, somnolence, cris continuels. Mort à cinq heures du matin.

Autopsie. — La muqueuse du rectum d'un rouge violet, épaisse comme le doigt et chagrinée.

Perte de substance à la table externe de la partie antérieure et interne du pariétal gauche. La table interne est enfoncée, mais immobile dans l'étendue d'une pièce de 4 franc. Pas d'épanchement entre l'os et la dure-mère; celle-ci est déchirée au niveau de la fracture par une esquille de la grosseur du bec d'une plume qui pénètre dans le cerveau. Sur la partie moyenne et supérieure du lobe antérieur, dans l'étendue et le volume d'une noix, la pulpe cérébrale est réduite en bouillie d'un noir roux. Un trajet rempli de pus sanieux et gros comme un crayon, se dirige profondément vers la scissure de Sylvius.

Injection peu considérable des vaisseaux et de la masse encéphalique.

La seconde observation, dont je ne possède que les notes non rédigées, est celle d'une fracture avec enfoncement de la bosse pariétale gauche par la balle, accompagnée de plaie du cuir chevelu.

Somnolence, fourmillements dans les doigts de la main gauche, injection des conjonctives.

Trépanation douze jours après la blessure.

Disparition graduelle des accidents.

Cicatrisation incomplète, mais prochaine, après vingt et un jours. Guérison.

Dans ces deux cas, il y avait indication de trépaner.

Dans le troisième, aucune des indications exigées ne se présenta : il a trait à un enfoncement sans plaie, des deux tables du pariétal, par un biscapén. Je l'ai rapporté dans mon *Traité de chirurgie d'armée*, et j'en ai déposé la pièce, recueillie par moi, au musée du Val-de-Grâce.

Les deux tables de l'os, enfoncées, sont néanmoins très-solides. Le blessé est tombé sous le coup; mais revenu à lui peu de temps après, il est resté trente jours sans présenter le moindre accident. Il est pris tout à coup d'une encéphalite mortelle en huit heures. A l'autopsie, je trouve un épanchement de sang coagulé, que j'évalue à plus de 500 grammes, entre la dure-mère et l'os; une attrition du lobe moyen et un abcès du volume d'une noix.

Si je n'avais été imbu des préceptes régnants, j'aurais immédiate-

tement trépané ce blessé, et peut-être eût-il échappé à l'encéphalite. Aussi suis-je d'avis qu'il faut trépaner dans tous les cas d'enfoncement du crâne, parce qu'il est impossible de prévoir que le cerveau supportera la compression.

J'avoue qu'il est plus difficile de se décider à opérer lorsqu'il s'agit de fractures ou de fissures du crâne simplement. Si les accidents sont immédiats ou s'ils apparaissent peu de temps après la blessure, je crois cependant qu'il faut opérer, bien que M. Perrin nous ait cité un fait contradictoire, bien que je puisse citer moi-même l'observation d'un zouave blessé à Solferino en 1859, d'un coup de feu sur l'apophyse orbitaire externe du frontal, et qui vint mourir en 1862, au Val-de-Grâce, de phthisie pulmonaire. Je trouvai à l'autopsie, entre la dure-mère et le cerveau, une cuillerée de matière jaune safranée et de consistance pâteuse, vestiges d'un épanchement en voie de résolution qui avait comprimé et atrophié le lobe antérieur droit, sans donner lieu au moindre trouble fonctionnel. Je crois qu'il faut trépaner, parce que ici encore on ne peut prévoir la terminaison qu'auront les accidents, et que ce serait être doué d'un optimisme mal fondé, que de compter souvent sur leur heureuse issue.

Bien que l'on ne puisse inférer de la gravité des accidents immédiats que l'encéphalite est plus ou moins menaçante, je pense cependant que l'intensité des symptômes est une indication de trépaner. Voici deux faits à l'appui de ma manière de voir.

Fracture du crâne par éclat d'obus. — Guérison sans opération.

Thomas, sergent au 46^e, blessé le 28 septembre 1854 devant Sébastopol, par un éclat d'obus, sur la bosse pariétale droite.

Je vois le malade le 2 novembre : il présente assez de somnolence pour ne pas répondre à mes questions ; mal de tête. La plaie, longue d'un pouce et demi et verticalement dirigée, est fermée. — Saignée du bras de 300 grammes ; eau de Sedlitz ; cataplasme pour rouvrir la plaie.

Le 3, plaie rouverte ; os dénudé. Une incision cruciale fait voir l'os dénudé dans l'étendue d'une pièce de 50 centimes, et une fêlure longue d'un pouce ayant la même direction que la plaie des téguments. Un peu de somnolence ; réponses difficiles ; douleurs de tête. — Saignée de 500 grammes ; purgatif.

Le 5 et le 6, amélioration ; un peu de strabisme.

Le 15, l'état s'est graduellement amélioré ; le malade ne conserve plus qu'un peu de taciturnité.

Le 24, douleurs de tête intenses. — Purgatif ; trente sangsues derrière les oreilles.

Le 5 décembre, retour à l'état normal, sauf la tristesse. — Le sty-
let reconnaît que l'os est nécrosé. — Sulfate de soude, 40 grammes
tous les matins et jusqu'au 15.

Le 23, état général excellent; le séquestre, gros comme une pièce
de vingt centimes, se détache: il appartient à la table externe.

Le 26, cicatrisation de la plaie.

Le 5 janvier 1855, départ pour France, guéri.

En découvrant la fracture, je fus tenté de trépaner, mais j'en fus
détourné par le peu de gravité des symptômes et par leur sédation
graduelle.

Dans le cas suivant, j'aurais très-certainement dû trépaner, si je
n'avais été dominé par le doute qu'on s'est plu à répandre sur cette
question.

**Contusion du cerveau (coup de feu). — Saignées générales. —
Sangsues en permanence. — Purgatifs. — Méningo-encéphalite
consécutive. — Mort.**

H..., chasseur au 9^e bataillon, reçut le 3 août, à la représentation
de la pièce militaire *la Prise de Puebla*, à l'Hippodrome, un coup
de feu à poudre, sur la bosse pariétale gauche. Chute, perte de con-
naissance immédiate; le blessé est transporté au Val-de-Grâce.

Décubitus sur le côté droit; assoupissement profond; immobilité
sans paralysie; respiration normale; pouls plein et fort. Pas de ré-
ponses aux questions; mouvements provoqués dans tous les membres
lorsqu'on remue le malade.

Sur la bosse pariétale gauche, plaie irrégulière, dirigée d'avant en
arrière et de bas en haut, noircie par la poudre; périoste rouge, un
peu infiltré de sang, parfaitement adhérent.

Une saignée de 500 grammes fait immédiatement recouvrer la pa-
role et diminue l'assoupissement. — Sangsues en permanence der-
rière les oreilles (84 en 24 heures); sinapismes promenés sur les
membres inférieurs; lavement purgatif; glace sur la tête.

Le lendemain 4, retour complet de la connaissance; encore un peu
de somnolence et de lenteur dans les mouvements; réponses nettes,
faciles et promptes aux questions; céphalalgie générale. — Orge
émétisée; sinapismes promenés sur les membres inférieurs et supé-
rieurs; trente sangsues en permanence (deux par deux) derrière les
oreilles; glace sur la tête.

Le 5, mieux très-sensible, intelligence très-lucide; lenteur persis-
tante des mouvements; peu de douleur de tête. — Lavement purga-
tif. Bouillon.

Le 6, le malade s'assoit sur son lit pour répondre aux questions, pour se faire panser et laver. Physionomie triste; encore un peu de mal de tête; selles abondantes. — Émétique en lavage; vésicatoires aux mollets.

Le 7, et dans la matinée du 8, état très-satisfaisant, dont le blessé s'applaudit.

Le 8 à une heure trois quarts, accès épileptiforme très-violent, durant dix minutes; nouvel accès à deux heures un quart, durée cinq minutes; deux heures et demie, troisième accès, durée, une minute: ces trois accès sont suivis de dix autres, à trois heures et demie, durée, dix minutes; à quatre heures un quart, même durée; à cinq heures; à cinq heures et demie; à six heures et demie; celui-ci est le dernier un peu violent; les autres se succèdent de plus en plus faibles: à huit heures trois quarts le malade tombe dans un état de mort apparente et n'a plus que quelques mouvements irréguliers du cœur, appréciables seulement à l'auscultation la plus attentive. — Mort à neuf heures et demie.

Autopsie le 9. — En regard de la plaie des téguments: périoste non décollé, mais se détachant facilement; fracture en fente du temporal, longue de six centimètres. Entre l'os et la dure-mère, épanchement de sang coagulé, un peu plus long que la fracture et en regard d'elle, large de deux centimètres et demi, épais de cinq millimètres.

Sous la dure-mère, épanchement de sang en nappe, semi-liquide, peu considérable à droite, plus abondant à gauche.

La portion de cerveau en rapport avec la blessure, dans l'étendue du volume d'une noisette, est réduite en bouillie, d'un rouge presque noir. Une coupe verticale de l'organe montre que la contusion porte sur une étendue du volume d'une noix.

Congestion vasculaire et parenchymateuse considérable.

Pendant la période des sept premiers accès, de une heure trois quarts à cinq heures et demie, le chirurgien de garde avait renouvelé les sinapismes, appliqué vingt sangsues derrière les oreilles, saigné la saphène à droite (200 grammes de sang), ouvert les deux temporales (300 grammes de sang), mis trente ventouses sèches sur la poitrine, etc.

Appelé à six heures, je reconnus la contusion et l'encéphalite: je pensai un instant à pratiquer le trépan, mais je fus retenu par la rapidité des accidents, leur succession de plus en plus rapprochée, et l'état général du sujet que j'eus véritablement opéré *in extremis*.

Ainsi, j'avais pris, au début, une contusion pour une commotion, et lorsqu'après l'apparition des accidents je diagnostiquai une contu-

sion, je fondais mon opinion sur ce seul signe, les convulsions épileptiformes : aussi n'était-elle pas très-assurée.

Quel chirurgien de l'école actuelle eût osé trépaner aussitôt après la blessure ? Qui de nous eût opéré alors que la saignée avait rappelé le malade à lui ? Lequel eût trépané dans les jours d'amélioration progressive qui précéderent l'explosion de l'encéphalite ?

Fallait-il trépaner, comme l'a fait M. Broca, dès l'apparition du premier accès épileptiforme ? J'ai la conviction que l'opération eût été inutile, parce que le malade fut pour ainsi dire foudroyé ; mais je pense aussi qu'elle n'eût rien ajouté à la gravité de son état.

Je trépanerais donc aujourd'hui, avec tout le monde, je crois, dans les cas de fissures ou fractures : 1° lorsque les accidents immédiats sont graves, c'est-à-dire immédiatement ; 2° lorsque les accidents, bien qu'amendés, persistent néanmoins, c'est-à-dire consécutivement.

Quant à l'opération faite pour arrêter la reprise ou le développement d'accidents sérieux qui sont la plupart du temps le signal de l'explosion de l'encéphalite, je la pratiquerais encore volontiers, bien qu'elle offre peu de chances de succès ; mais je la pratiquerais, parce qu'au lieu d'une encéphalite diffuse, on peut mettre à découvert un foyer d'encéphalite localisée, parce qu'il faut tout tenter pour sauver ses malades, sans être retenu par la crainte de se compromettre, comme on l'a dit ici. Les chirurgiens ne sont compromis qu'autant qu'ils ne font pas tout ce qu'il est possible de faire pour arracher leurs malades à la mort.

Restent deux derniers points à examiner, celui où les os ont été contus ou simplement dénudés, et celui où les téguments sont restés intacts. Je les crois résolus par les considérations précédentes. Ce n'est pas la lésion des os ou des téguments qu'il importe de considérer ; ce sont les symptômes révélateurs de la souffrance du cerveau. Quand ces symptômes existent avec ou sans lésion des os, avec ou sans intégrité des téguments, je crois qu'il faut opérer : d'autant que je considère la trépanation du crâne comme une opération peu grave en elle-même ; les expériences faites sur les animaux le prouvent surabondamment.

Enfin, pour exprimer en quelques mots toute ma pensée, je dirai, si singulière que puisse paraître ma formule, qu'il y a très-probablement indication de trépaner, toutes les fois qu'on doute s'il y a lieu de le faire.

M. TRÉLAT. Je me propose de répondre succinctement à MM. Legouest et Le Fort. M. Legouest veut ranger les chirurgiens en deux catégories : les uns, qui sont trop portés en faveur du trépan, les

autres, qui se tiennent dans une réserve exagérée. Cette distinction n'est pas absolument exacte; pour ma part, j'ai dit que le trépan serait une opération fréquemment utile, mais que bien rarement les indications étaient nettement formulées; tout ce qu'ont dit nos deux collègues vient confirmer cette manière de voir. M. Legouest veut qu'on trépane dans tous les cas douteux; c'est bien avouer que l'indication n'est pas précise.

Il est une distinction capitale sur laquelle je désire attirer l'attention de la Société. Parmi les blessures du crâne, il y en a qui sont produites par les corps petits, mus par une grande vitesse, ce sont les projectiles de guerre : il en résulte des accidents bien localisés et bien limités comme expression symptomatique; on sait toujours dans ces cas de quoi il s'agit. Dans nos hôpitaux, ce ne sont point des blessures semblables que nous observons : il s'agit toujours de chutes d'un lieu élevé ou bien encore de blessures de tête par des corps pesants, volumineux; en général, les phénomènes sont vagues et le diagnostic des lésions est douteux. Dans les blessures de guerre, la lésion est souvent bien limitée; dans les cas auxquels je viens de faire allusion, la désorganisation du cerveau est ordinairement très-étendue. Cette distinction entre les blessures du crâne, suivant la nature du traumatisme, permet d'expliquer bien des dissidences plus apparentes que réelles qui existent entre les chirurgiens civils et les chirurgiens militaires. Je serais pour le trépan quand il s'agit de lésions locales, mais je veux rester dans le doute pour les contusions vagues de la surface du crâne.

M. Legouest a présenté la statistique relative aux blessures du crâne, observées pendant la guerre d'Amérique; les blessés qui ont été trépanés ont fourni une plus grande proportion de guérison que ceux qui ont été traités par l'expectation. Notre collègue prend acte de ces résultats numériques en faveur de l'opération du trépan. On peut cependant faire une objection : on a trépané lorsqu'il y avait indication, c'est-à-dire dans les cas favorables. Au nombre des individus qui n'ont point été trépanés, devaient figurer ceux qui avaient les blessures les plus graves; on comprend d'après cela que la statistique puisse être en faveur du trépan. Il en serait probablement tout autrement si l'on avait groupé les malades suivant la nature de leurs blessures du crâne.

J'ai peu de chose à répondre à M. Le Fort; il a réparti les indications du trépan suivant que les blessés présentaient tel ou tel groupe d'accidents cérébraux; il a rejeté le trépan dans le cas de convulsions et cela parce qu'il rattache les convulsions à l'inflammation de l'encéphale. Je n'admets point cette manière de voir; j'ai déjà dit qu'il

résultait de recherches que j'ai faites, que les accès convulsifs reconnaissent des causes nombreuses de production ; c'est tantôt la pointe d'un instrument, une esquille, une contusion cérébrale, etc., etc., si bien qu'on peut dire que la convulsion trahit l'irritation cérébrale : mais comme il y a des causes mécaniques, il n'est pas juste d'éloigner le trépan dans tous les accès convulsifs.

M. Le Fort a préconisé le trépan dans les hémiplegies : la proportion des succès est favorable à l'intervention. Il s'agit là d'un accident consécutif, et l'opération remédie à une cause persistante d'irritation ; elle doit donc être utile.

J'accepte assez volontiers les indications générales qui résument la communication faite par M. Le Fort, j'ai cependant quelques mots à ajouter. M. Le Fort dit fractures simples, sans accidents, pas de trépan ; remarquez que M. Legouest dit exactement le contraire. Il est certain qu'un grand nombre de blessures du crâne, simples en apparence, ont été suivies d'accidents funestes qui eussent peut-être été évités si l'on avait eu recours au trépan.

M. Le Fort parle d'accidents persistants, sans plaies, et il conseille le trépan ; je lui demanderai dans quel point il appliquera la couronne de trépan. Si le coup n'a point laissé de traces, c'est au hasard que vous agirez.

M. Le Fort a bien démontré que les expériences de Malgaigne, relatives aux épanchements sanguins, étaient sans valeur physiologique ; cependant, il faut avouer qu'il y a des faits qui ne laissent point que d'être embarrassants. Par exemple, à la suite d'un accident, M. Voilemier observe une hémiplegie croissante ; il trépane au hasard du côté opposé, il ne trouve rien, et à l'autopsie on rencontre un épanchement en nappe et de l'arachnitis. Dans ce cas, le trépan qui paraissait indiqué a été absolument inutile. Dans un autre cas, Michon trépane pour des accidents très-graves à marche croissante, il ne trouve rien, le malade meurt, et à l'autopsie, les lésions sont si légères que quelques personnes se demandent si le malade ne serait pas mort des suites de l'opération.

Je pourrais multiplier les faits et démontrer toutes les incertitudes de la pratique ; je me résumerai en disant que l'opération du trépan serait fort souvent utile, mais que les chirurgiens seront toujours exposés à l'employer trop ou trop peu.

M. LE FORT. Je viens confirmer la valeur de la distinction qui a été établie par M. Trélat entre les diverses blessures du crâne, suivant la nature des corps contondants. Cette distinction est justifiée par l'étude des faits nombreux que j'ai pu réunir à l'occasion de cette discussion.

J'ai rejeté le trépan dans les cas de convulsions; j'entends parler des convulsions généralisées, car lorsqu'il s'agit d'une irritation bien localisée, les accidents convulsifs sont partiels et le trépan est indiqué.

Pour les cas d'hémiplégie persistante sans lésions extérieures, je conseille le trépan. M. Trélat me demande où j'appliquerai l'instrument; j'opérerai du côté opposé à la paralysie et je chercherai la lésion, bien convaincu que l'opération est sans danger et que le malade succomberait si on l'abandonnait à lui-même. C'est le trépan explorateur dans les cas douteux.

COMMUNICATION.

M. MARJOLIN. Dans la dernière séance et à propos de la communication de M. Broca, j'ai déjà mentionné des faits qui démontrent que, dans certains cas, les opérés de trachéotomie ont été dans l'obligation de conserver la canule pendant plusieurs années; à ce sujet, je vais donner lecture à la Société d'une observation qui nous est adressée par notre correspondant M. Paris.

Group laryngo-bronchique. — Trachéotomie. — Impossibilité d'enlever la canule après seize mois.

Jean B..., âgé de cinq ans et demi, de bonne santé habituelle, bien développé pour son âge, né de parents sains, ayant le teint blême, mais n'ayant jamais présenté de symptômes de scrofule, fut atteint de toux, d'enrouement, puis d'aphonie, vers le 10 novembre 1865. Le 13, lors de ma première visite, gonflement des amygdales, nulle apparence de fausses membranes; les jours suivants, les accidents de suffocation se prononcent de plus en plus, malgré les vomitifs; le 18, suffocation imminente; trachéotomie *in extremis*.

Cette opération, pratiquée avec l'assistance de mes confrères Binaut et Godefroy, ne présenta aucun incident particulier. La trachée ayant été mise à découvert, j'y implantai mon airigne double, cannelée, à crochets mobiles, dont je me sers habituellement pour fixer la trachée et l'attirer vers le menton; je l'incisai exactement sur la ligne médiane, dans une grande étendue, en laissant intacts ses deux ou trois premiers anneaux. Les bords de l'incision trachéale écartés par le mécanisme de l'airigne, nous pûmes voir et enlever de fausses membranes tapissant ce conduit. Une canule double, d'assez grand calibre, y fut introduite sans la moindre difficulté, vu la longueur de l'incision. La respiration se rétablit immédiatement, large et bruyante.

Point d'accidents. La voix se rétablit vers le quatorzième jour; la canule fut enlevée plusieurs fois et remplacée immédiatement. Diverses

expériences, répétées chaque jour, nous ayant montré que l'air pénétrait largement par le larynx, la canule fut enlevée le 19 décembre, à dix heures du matin. La plaie se ferma très-promptement; si bien qu'au bout de deux heures, elle ne livrait plus passage à l'air. Celui-ci pénétrait librement dans la poitrine; la voix était forte et claire; la journée fut excellente; mais la nuit fut moins bonne: la respiration devint très-gênée pendant le sommeil. Le lendemain 20, la respiration était gênée et sifflante; cependant il n'y avait pas de menaces de suffocation. Je résolus d'attendre, espérant que les accidents n'iraient pas croissant, et que je ne serais pas obligé de replacer la canule. Mais la nuit fut très-mauvaise; la respiration devint presque aussi sifflante qu'avant l'opération; le sommeil était très-agité; en réveillant l'enfant, la respiration devenait beaucoup plus libre. Le 21, je le trouvai dans un état de suffocation imminente, et je m'empressai de replacer la canule.

La suffocation cessa immédiatement. Le bruit inspiratoire, complètement nul, redevint à l'instant large et sonore. Cependant il resta pendant plus de quinze jours de la fièvre, de l'enrouement et une expectoration muqueuse abondante.

Durant le mois de janvier, supposant que des bourgeons charnus exubérants faisaient saillie dans la trachée, une cautérisation légère fut faite avec le crayon de nitrate d'argent, introduit dans la plaie après avoir enlevé la canule. Une seconde cautérisation plus étendue fut pratiquée au moyen du porte-caustique uréthral de Lallemand. Ces cautérisations furent assez douloureuses et suivies d'une recrudescence passagère de la sécrétion muqueuse bronchique.

Le 20 février, trois mois après l'opération, j'enlève de nouveau la canule: mêmes phénomènes. Voyant la suffocation aller en augmentant, je ne crus pas devoir attendre aussi longtemps que la première fois, et je replaçai la canule au bout de vingt heures.

Le 28 mai, nouvelle expérience: au lieu d'enlever la canule le matin, j'attendis que l'enfant fût endormi, et je l'ôtai à dix heures du soir; il ne se réveilla pas. Deux heures après, la plaie étant fermée, il y avait 21 aspirations par minute, et 80 pulsations. Mais l'inspiration était un peu plus sifflante. La journée du 29 se passa assez bien, quoique la gêne de la respiration fût de plus en plus marquée; mais la nuit suivante cette gêne devint telle, que je dus remettre la canule au bout de trente-deux heures.

Rétabli de cette expérience, Jean B... fut conduit à Paris (12 juin) et présenté à M. Trousseau, à M. Marjolin et à M. Ozanam. M. Trousseau nous rassura, et nous fit espérer qu'un jour viendrait où il serait possible d'enlever définitivement la canule. Dans sa vaste pratique, il

avait rencontré plusieurs cas semblables ; il nous cita entre autres le fils du général B..., lequel avait porté la canule pendant cinq ans, et était aujourd'hui parfaitement guéri.

M. Marjolin ne fut pas moins rassurant que M. Trousseau. Il en fut de même de M. Ozanam, qui voulut bien, à ma prière, soumettre l'enfant à l'examen laryngoscopique. Malgré l'extrême bonne volonté et le courage du jeune patient, qui supporta l'introduction du miroir laryngoscopique plus de vingt fois, malgré la patience et l'habileté de l'observateur, il ne lui fut pas possible de constater l'état de la trachée au niveau de la plaie, là où je supposais l'existence de bourgeons fongueux. Mais il put constater l'intégrité du larynx et des cordes vocales.

Jean B... est, aujourd'hui 25 mars 1867 (seize mois après l'opération), dans l'état où il se trouvait lors de son voyage à Paris, c'est-à-dire que sa santé générale est très-bonne, aussi bonne qu'elle eût pu être s'il n'eût jamais été trachéotomisé. Il porte une canule double fort petite (la canule enveloppante pénètre d'un centimètre dans le n° 18 de la filière Charrière). Cette canule est fermée d'un bouchon de liège pendant toute la journée ; mais le bouchon est enlevé pour la nuit. Il a cependant passé plus d'une fois la nuit entière en conservant le bouchon, mais avec une gêne plus grande de la respiration. Il parle beaucoup, à voix haute et forte, que la canule soit ouverte ou fermée. Dans le premier cas, il est forcé de respirer plus fréquemment et d'entre couper sa phrase. Il peut courir, sauter, jouer comme un enfant de son âge ; mais alors il est plus essoufflé. Chose curieuse, la respiration est beaucoup plus gênée la nuit que le jour, même la canule étant ouverte. Si l'on ferme la canule pendant qu'il dort, la respiration ne tarde pas à devenir plus bruyante, plus gênée, et l'on voit l'enfant changer brusquement de position, s'agiter, sans s'éveiller cependant. Tous ces phénomènes sont plus prononcés lorsque l'enfant est un peu enrhumé, ce qui arrive assez facilement, mais dure peu. On remarque aussi que, pendant les jours humides, la respiration, toutes choses égales d'ailleurs, est plus bruyante et plus gênée. L'enfant sort par tous les temps, même les plus froids ; mais alors il porte un voile et souvent un *respirateur*.

Divers traitements ont été suivis : les sirops de quinquina, de toln, de goudron, d'iodure de fer, d'iodure de potassium ; les inspirations de vapeurs variées, les gargarismes astringents, les insufflations d'alun dans la gorge et dans l'incision trachéale. L'enfant a passé un mois aux eaux de Pierrefonds, où il a été traité par M. le docteur Sales-Girons. Depuis, il a respiré une atmosphère chargée de goudron, etc.

Quant à la plaie de la trachée, j'ai dit déjà qu'elle avait été cautérisée légèrement avec le nitrate d'argent en crayon, et au moyen du porte-caustique de Lallemand. J'ai diminué successivement le volume de la canule; j'ai varié la longueur, afin d'éviter que son extrémité répondît toujours au même point de la trachée. J'ai essayé aussi une canule fenêtrée, laquelle a été douloureuse et mal supportée, sans doute parce que les bourgeons charnus s'engageaient dans la fenêtre.

Lorsque la température sera plus favorable, je me propose de faire quelques essais nouveaux, guidé par certaines idées théoriques auxquelles le raisonnement m'a conduit.

Le problème à résoudre est toujours celui-ci : Pourquoi l'opéré peut-il respirer facilement avec une canule hermétiquement fermée, tandis qu'il ne le peut plus lorsqu'on enlève cette canule?

Beaucoup d'hypothèses ont été proposées pour expliquer ces phénomènes singuliers; j'en ai fait moi-même plusieurs. Mais comme je n'en ai pas encore trouvé qui m'aient entièrement satisfait, je m'abstiendrai de les rapporter et de les discuter ici, pour ne pas allonger outre mesure, et sans profit sans doute, cette observation déjà bien longue.

PRÉSENTATION D'APPAREIL.

M. DOLBEAU, secrétaire de la Société de chirurgie, présente, au nom de M. le docteur Godefroy, chirurgien à l'hospice civil de Versailles, un brancard mécanique.

Il se compose de deux tiges rondes (*h, h*) qui ont la longueur du



lit, et de deux traverses (*b, b*) qui se placent l'une sur la tête et l'autre sur le pied du lit. Cette dernière est munie d'une manivelle (*c*) pour

faire tourner les deux tiges rondes sur elles-mêmes. Des sangles 'a, a' placées sous le malade viennent se fixer à ces tiges pour s'y enrouler. Quatre petits bâtons (e, e), formant les bras du brancard, servent à porter l'appareil, soit à bras, soit sur les épaules.



Ce brancard remplit toutes les indications des appareils construits dans le même but, et il a sur eux quatre avantages importants :

1° De pouvoir transporter le malade dans une autre chambre, attendu que sa largeur a été calculée pour lui permettre de passer par toutes les portes ;

2° De soulever le malade sans le courber ni lui imprimer de mouvements, le plan de l'appareil étant parallèle à celui du lit ;

3° De pouvoir être livré à très-bas prix ; c'est, du reste, la raison principale qui a engagé à le faire construire ;

4° Enfin de ne pas être encombrant, ni susceptible de se détériorer.

PRESENTATION DE PIÈCES.

Tumeur fibreuse développée sur le trajet des vaisseaux cruraux chez un enfant.

M. MARJOLIN présente une pièce et relate l'observation suivante :

Il y a quelque temps, le jeune R... L., âgé de quatorze ans, grand, fort, ayant toutes les apparences d'une bonne constitution, occupé à de gros travaux dans un laboratoire, entra dans mon service pour une tumeur volumineuse, s'étendant de la partie supérieure et interne de la cuisse jusqu'à un peu au dessous de la partie moyenne.

Il y avait environ deux ans, qu'à la suite d'un coup, le malade avait senti, dans la région indiquée, un noyau dur, de la grosseur d'une petite noix ; à cette époque, il s'était présenté à la consultation de l'hôpital, avait pris quelques bains et n'était plus revenu. Lorsque je l'ai revu dernièrement, le volume de la tumeur avait considérablement augmenté : elle était dure, inégale, bosselée, ne présentant de fluctuation dans aucun point. D'après la forme, la consistance et le développement de cette tumeur, on pouvait croire à l'existence soit d'un enchondrôme, d'une exostose ou d'un tissu fibreux, comme on en rencontre dans la glande mammaire. R... n'avait à aucune époque ressenti de douleurs lancinantes ; seulement, de temps à autre, il éprouvait un peu d'engourdissement dans la cuisse et la jambe. En examinant avec une grande attention la tumeur, je ne sentis aucun soulèvement, bien que par sa situation elle me parût être en rapport avec les vaisseaux cruraux ; j'ajouterai que le pied et la jambe n'ayant jamais présenté d'œdème, il était probable que les vaisseaux n'étaient nullement comprimés. Avant de prendre un parti décisif, je voulus voir si le repos, les bains, joints à l'emploi des préparations d'iode à l'intérieur et à l'extérieur, amèneraient un peu de diminution.

Pendant près de deux mois, le traitement indiqué n'ayant amené aucune amélioration, je pensai qu'il fallait recourir à l'extirpation et je priai notre collègue M. Larrey, qui avait présenté il y a quelques années à la Société un cas analogue, de vouloir bien m'assister de ses bons conseils. Une incision de plus de 45 centimètres, commençant un peu au-dessous du pli de l'aîne et se prolongeant en dedans et parallèlement à la direction du muscle couturier, mit à découvert la partie la plus saillante de la tumeur. Je croyais, au premier abord, que l'énucléation serait facile, mais lorsque je voulus soulever la tumeur, je rencontrai des adhérences tellement intimes avec les muscles voisins, que la dissection avec le bistouri devint indispensable. Plus je pénétrais profondément, plus les adhérences étaient fortes, et je dus, par prudence et sur l'avis de M. Larrey, me contenter de diviser le pédicule de la tumeur, laissant au fond de la plaie une petite portion adhérente aux vaisseaux ou les entourant, ce qui est plus probable.

La coupe de la tumeur présentait, à l'œil nu, l'aspect des tumeurs fibreuses du sein. Examinée au microscope par MM. Cornil et Ranvier, elle a paru formée d'éléments fibro-plastiques, ce qui peut faire craindre une récurrence.

La suppuration prolongée pourra-t-elle modifier la portion de tissu morbide que j'ai été obligé de laisser, c'est ce que nous verrons plus tard. Dans les premiers jours, il est survenu un peu d'érysipèle autour de la plaie, mais aujourd'hui l'état général et local est très-satisfaisant.

M. DESPRÉS fait observer que la tumeur présente tous les caractères d'un névrôme.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 3 AVRIL 1867.

Présidence de M. LEGUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux de la semaine ;

Les Archives générales de médecine, mars 1867 ;

Journal de médecine de l'Ouest, Nantes ;

Revue médicale de Toulouse ;

Union médicale de Provence ;

L'art dentaire ;

Étude pratique sur l'hydrothérapie, quatrième compte rendu, par le docteur Paul Delmas, 1867 ;

Della ferita dell' arteria vertebrale, par Amb. Gherini, chirurgien de l'hôpital majeur de Milan. Travail important où sont relatés la plupart des cas connus dans la science ;

Traité théorique et pratique des maladies des yeux, par L. Wecker, deuxième édition, t. I, premier fascicule.

Discussion sur le trépan (suite).

M. GIRALDÈS. Une observation de plaie avec fracture du crâne, compliquée d'enfoncement ayant donné lieu à des accidents présentant des indications précises, habilement saisies et habilement exécutées, a été communiquée à la Société.

Cette communication a donné lieu à la discussion actuelle, laquelle, si elle a gagné en étendue en se généralisant et en s'éloignant de plus en plus de son point de départ, n'a pas gagné en précision. Quelques-uns de nos collègues semblent vouloir reviser les règles qui président à l'application du trépan, ils ont apporté à cet effet des éléments qu'il est bon de ne point laisser passer sans faire quelques réserves.

Je me demande si la pratique des chirurgiens qui s'appellent Aber-
2^e série. — TOME VIII.

nethy, Astley Cooper, Brodie, Dupuytren, Larrey, Samson, Langenbeck et Graeffe, si, dis-je, la pratique de ces éminents chirurgiens doit être mise à néant, et si la physiologie expérimentale nous a fourni des renseignements nouveaux pour refondre complètement cette question. Je n'en suis pas convaincu.

Quelques-uns d'entre nous ont fait remarquer l'abandon dans lequel était tombée, en France, l'opération du trépan, et combien cette opération était usuelle dans la pratique anglaise. Il est certain que les chirurgiens anglais pratiquent plus souvent que nous cette opération, mais on ne peut pas dire qu'elle soit abandonnée en France. Les indications à cette opération me paraissent avoir été parfaitement établies par les travaux de Dupuytren et de Samson, et elles sont explicitement indiquées dans le *Compendium de chirurgie*, et de ce qu'on ne trouve ni dans les journaux de médecine, ni dans les registres des hôpitaux l'indication d'opérations de trépan, on ne doit pas affirmer que cette opération n'a pas été pratiquée. On sait très-bien qu'un grand nombre d'opérations pratiquées dans les hôpitaux n'ont pas été publiées, et l'on sait aussi que les registres des hôpitaux, jusqu'à ces derniers temps, ne pouvaient pas être invoqués comme témoignage. On ne doit donc pas annoncer des chiffres qui ne représentent pas la réalité.

D'ailleurs, s'il est vrai qu'en Angleterre on pratique plus souvent cette opération, on ne doit pas dire cependant qu'elle soit acceptée d'une manière générale. Là, comme chez nous, les opinions oscillent ; on trouve des partisans et des antagonistes. Ainsi, tandis que M. Erichsen pratique assez fréquemment le trépan, M. Adams, de London's hospital, est plus réservé et M. Syme, d'Édimbourg, l'admet exceptionnellement. Ce dernier chirurgien affirmait, en 1855, dans une leçon clinique, qu'excepté dans les cas de fractures par pénétration, l'opération du trépan n'avait pas donné de résultats satisfaisants, et d'autre part, M. Prescott Hewett, dans ses leçons au collège des chirurgiens, s'exprime ainsi : « Dans les fractures du crâne avec enfoncement et sans accident, les chirurgiens ne sont point d'accord ; ici on trouve école contre école, hôpital contre hôpital, chirurgien contre chirurgien, souvent dans le même hôpital. Cette dissidence vient assurément de ce que les règles de pratique ont été déduites d'une expérience trop restreinte. » Une seconde preuve se trouve encore dans le chiffre des opérations pratiquées dans les hôpitaux de Londres. Ainsi, dans l'espace de trois ans, 1863, 1864 et 1865, on a pratiqué, à London's hospital, 27 opérations de trépan, donnant le résultat suivant : 9 guérisons, 18 morts.

Opérations réparties ainsi :

1863,	8	opérations,	4	guéris,	4	morts.
1864,	44	—	2	—	9	—
1865,	8	—	3	—	5	—

Dans les autres hôpitaux, on pratiquait à peine la même opération.

A l'hôpital de Glasgow, depuis sa fondation en 1794 jusqu'en 1855, on a pratiqué 67 opérations, donnant un total de 54 morts et de 43 guérisons.

Vous voyez que ces chiffres ne témoignent pas de cette grande tendance que M. Le Fort attribue aux chirurgiens anglais à pratiquer l'opération du trépan. La même divergence d'opinion se rencontre dans la chirurgie militaire. Stromeier, dans les campagnes du Sleswig de 1849 et de 1854, ayant pratiqué sans succès 8 trépan, repousse complètement cette opération pour les fractures du crâne, et d'un autre côté, Pirogoff, ayant obtenu 3 succès sur 40 opérés, est plus favorable à l'opération. Dans la même campagne de Crimée, le docteur Jeffson, chargé du soin des blessés au château de Balaclava, sur 44 opérations ayant obtenu 5 cas de succès, est très-favorable à l'opération du trépan. Mais il rencontra à son tour chez d'autres collègues qui, comme lui, avaient été en Crimée, une opinion opposée.

Dans la guerre d'Amérique, dans laquelle un grand nombre d'opérations de trépan ont été pratiquées, le docteur Aschhurl écrit que, du mois de septembre 1862 au mois de mars 1863, il a vu pratiquer 35 opérations de trépan, dont 28 sont morts, 5 guéris, 2 incertains; et il déclare qu'il n'a jamais vu un cas dans lequel l'opération ait été justifiée. Comme vous le voyez, la même incertitude existe dans la chirurgie civile et dans la chirurgie militaire.

Cette incertitude ne vient pas du défaut de règles bien formulées; elles sont, au contraire, très-nettes et très-explicites, soit par les chirurgiens anglais, soit par les chirurgiens français, mais bien de ce que ces règles sont subordonnées à l'expérience clinique et à l'aptitude clinique des divers chirurgiens.

Or, devant des indications bien formulées et déduites de l'expérience de chirurgiens habiles, nous avons de la peine à comprendre les efforts de notre collègue M. Le Fort pour reviser cette question, et c'est ici que nous sommes obligés de montrer le peu de solidité des documents sur lesquels il s'appuie. Notre collègue a cherché dans les journaux anglais les cas d'opérations de trépan pratiquées pendant les dix années qui viennent de s'écouler; il a réuni ainsi 200 observations, mais on doit faire remarquer que des documents de cet ordre, dérivant de plusieurs sources, se rapportant à des choses quelquefois complètement différentes et fournis par des hommes

dont on ne connaît pas la valeur, que des documents de cet ordre ne peuvent pas servir à établir des déductions pratiques. Ajoutez que ces faits se rapportent souvent à des individus d'un âge différent, à des blessures par des instruments différents, blessures ayant leur siège dans des régions également différentes. On sait qu'il y a une grande différence dans le degré de gravité des fractures du crâne qui atteignent la région frontale, les régions latérales, ou la région postérieure. Les premières sont moins graves que les secondes, les secondes que les troisièmes ; on comprend donc que notre collègue, se plaçant à ce point de vue, se soit trouvé forcément sur une base instable, et que les conséquences qu'il en a déduites ne puissent pas être admises.

On ne doit pas laisser passer les déductions pratiques qu'il en déduit sans quelques critiques. Ces déductions, en effet, se basant sur ce chiffre de 200 opérations, paraissent tellement imposantes qu'elles pourraient impressionner beaucoup de praticiens. Il est aujourd'hui de mode de faire de la statistique, et de faire précéder ou suivre tout travail de chirurgie de tableaux statistiques. Ce moyen est excellent, mais à la condition que la statistique soit bonne ; or la statistique chirurgicale, science d'aujourd'hui, n'est pas encore faite, et on peut adresser à celle qui a été publiée de très-sérieux reproches. Que signifie, en effet, une statistique comme celle qui a été publiée à l'occasion de la guerre d'Amérique ? Ainsi, on trouve dans la circulaire n° 6, publiée par la direction centrale du service de santé de l'armée de l'Union, les chiffres suivants : plaies de tête par armes à feu, 5046 divisées en deux séries ; première série, fractures et lésions du crâne y compris les contusions, les fractures par perforation et par enfoncement ; deuxième série, contusions simples, plaies des parties molles. Dans la première série on compte 4404 blessures sur lesquelles on n'a de renseignements que sur 604 cas. Dans ce nombre, 424 ont été trépanés, donnant 60 morts, 47 guérisons et 44 inconnus ; 433 autres cas de fractures du crâne ; les parties fracturées ont été relevées ou enlevées avec des pinces. Sur ce chiffre, 64 sont morts, 53 sont guéris et 49 inconnus ; ensemble 254 cas dans lesquels le chirurgien est intervenu, dont 424 morts, 400 guéris et 33 inconnus. Mais pour atténuer ce résultat, il faut reconnaître que, plus loin, le même rapport s'exprime ainsi : Ce chiffre sera matériellement modifié lorsqu'on apprendra le résultat d'un grand nombre d'individus qui ont été trépanés sur le champ de bataille, et dont un grand nombre sont morts. Plus loin, le même rapport dit que 483 fractures du crâne, traitées par l'expectation, ont donné seulement 20 p. 400 de guérisons ; mais il remarque encore que ce groupe comprend les cas

les plus graves, et qu'on aurait tort d'exciper de ce chiffre au profit de l'intervention chirurgicale.

Que voulez-vous faire de pareils documents au point de vue des indications ? Ces statistiques à deux termes, pour me servir d'une expression de M. Verneuil, n'ont dans l'espèce aucune valeur. J'en dirai autant d'une statistique de Fritze, dans laquelle, sur un chiffre de 404 trépanés, on a noté 54 morts et 49 guérisons. Il en est de même de la statistique de Blasius, comprenant 422 trépanés, donnant 260 guéris. Des statistiques de même genre, que je pourrais encore citer, n'ont à mon sens aucune valeur pratique.

Mais vous pourrez me dire : Vos observations peuvent être bonnes, mais devant une opération de trépan que ferez-vous ? Si, comme Callisen le pensait, l'opération du trépan est une opération excessivement grave par elle-même, le chirurgien ne doit l'employer qu'à bon escient ; mais si d'une manière générale elle ne présente pas cette gravité, on doit l'employer dans des cas déterminés.

Lorsque des épanchements surviennent à la suite de ces fractures, dans la grande majorité des cas, ainsi que l'ont démontré MM. Prescott, Hewett et Hutchinson, l'épanchement est accompagné de contusions du cerveau ; dans ces cas, le trépan ne doit être employé qu'avec une certaine réserve ; d'une manière générale il doit être employé, ainsi qu'il résulte de la pratique des chirurgiens anglais et français, dans les plaies du crâne avec fractures accompagnées d'enfoncement et compliquées d'accidents de compression et d'irritation cérébrale. On doit l'appliquer encore dans les cas de plaies avec fractures par ponction. Dans ces cas, la blessure se faisant de dehors en dedans présente, à son côté interne, des esquilles qui irritent le cerveau et peuvent déterminer des accidents.

On doit l'appliquer encore dans les cas où, comme l'a indiqué M. Legouest, une balle ou un corps contondant frappe un point du crâne sans produire une fracture apparente. Dans ces cas, ainsi que Béranger de Carpi et Ambroise Paré l'ont démontré les premiers, la table interne de l'os est éclatée, séparée même complètement, et dans tous les cas forme des esquilles pointues qui irritent la surface du cerveau et produiront ultérieurement des accidents graves.

Personne, je le pense, ne formulera en règle générale l'application du trépan dans les cas de fracture des parties latérales accompagnées de convulsions. Cet accident est généralement produit par des fêlures des os du côté de la base du crâne, par des épanchements de sang à la base du cerveau, dans les ventricules ou autour du bulbe rachidien. Dans tous les cas, le chirurgien doit tenir grand compte de l'état de la circulation, de la respiration, de la sensibilité cutanée du

blessé, de l'abaissement de la température, ainsi que de l'état de dilatation ou de contraction des pupilles.

M. LE FORT. M. Giraudeau regrette les recherches que j'ai faites ; il déclare que la statistique que j'ai donnée est sans valeur comme toutes les statistiques à deux termes. Je répondrai à notre collègue que, suivant moi, un chirurgien ne peut faire la science à lui tout seul, et que, dans les questions litigieuses, il faut tenir compte des observations de ses confrères. Certainement les chiffres ne disent rien, mais pour faire ma statistique j'ai non-seulement compté les faits, mais j'ai lu avec soin deux cents observations, en sorte que les tableaux que j'ai dressés sont constitués par des observations en raccourci.

M. GUÉRIN. Nous discutons depuis plusieurs séances la question du trépan, et cependant, il faut bien le dire, nous n'étions pas prêts à aborder ce difficile problème. La communication de M. Broca est instructive, elle renferme un enseignement ; les discours de nos divers collègues sont remplis de documents utiles, mais il y aurait inconvénient à formuler des conclusions. Le public réclame une plus grande autorité de la part de la Société de chirurgie. Qu'avons-nous fait dans la question du trépan ? On a produit des statistiques, rappelé divers travaux, et cependant, l'un de nos maîtres, M. Velpeau, a pu dire : J'attends en vain qu'on formule quelque chose qui ne soit pas dans ma thèse. Aucun document pouvant servir de règle n'a été produit, et tout ce qu'on peut dire, c'est que nous ne sommes pas absolument opposés au trépan.

On a dit qu'il fallait intervenir lorsque survenaient des phénomènes épileptiformes ; M. Broca a rapporté un succès. Presque à la même époque, j'avais, dans mon service, un enfant présentant des fractures multiples des membres ; on observait en plus, une plaie de la région temporale droite avec gonflement notable. L'état général était grave et, dès le second jour, nous constatons du délire et des convulsions. Les avis étaient partagés sur l'existence d'un enfoncement ; je restai pour ma part dans le doute, et je n'appliquai point le trépan. Tous les accidents ont cessé, le malade a guéri et cependant, vous pourrez constater sur le jeune homme qui va vous être présenté que le crâne a subi un enfoncement considérable. Un autre blessé, présentant tous les signes d'une fracture de la base du crâne, eut deux accès convulsifs ; je ne l'ai point trépané, et il a guéri.

En terminant, je suis d'avis qu'on peut clore la discussion, tout en prenant l'engagement réciproque d'étudier dans l'avenir la question si intéressante du trépan.

Je dépose sur le bureau l'observation à laquelle j'ai fait allusion.

D... (Anatole), quatorze ans, couvreur, entré le 4^{er} février 1867, salle Saint-Augustin, n° 43.

Ce jeune garçon est tombé cette après-midi du toit d'une maison de six étages; on l'a amené à l'hôpital aussitôt après l'accident; pendant qu'on le couchait, il paraît menacé de syncope et peu après il vomit ses aliments.

On constate, le soir, l'existence d'une fracture de l'humérus droit au tiers supérieur, d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius à chaque avant-bras; les déformations caractéristiques sont très-marquées; de plus, le cubitus semble comme courbé sur lui-même, surtout à droite, de façon que son apophyse styloïde est portée en arrière et que sa face antérieure forme une convexité.

Au niveau de l'olécrane droit, épanchement sanguin assez considérable, qui masque les parties profondes; cependant, on y perçoit une crépitation assez franchement osseuse pour faire soupçonner l'existence d'une fracture de cette apophyse. Enfin au-dessus du sourcil droit, on trouve une plaie assez nette, dont les lèvres sont écartées; au fond de cette plaie, on sent l'os non dénudé, et qui paraît enfoncé; sous la peau voisine on distingue, à la vue et au palper, les limites de cet enfoncement; il a l'étendue d'une pièce de deux sous environ et les parties saines sont élevées au-dessus de lui d'environ 4/2 centimètre.

L'enfant se plaint surtout de douleurs de ventre. Il n'a rendu de sang par aucun orifice.

Cataplasme sur le ventre; eau-de-vie camphrée sur les membres fracturés; compresses sur le front.

Le 2 février, M. Guérin réduit les fractures du bras et des avant-bras, et applique des appareils à attelles. Sur la plaie du front, il fait placer des compresses humides, recouvertes d'une vessie remplie de glace. Deux potages.

Le soir, pouls à 44; l'enfant est très-agité, il a la peau chaude et parle sans cesse de son ouvrage. Opium, 0,05.

A huit heures du soir, il est pris de convulsions générales avec écume à la bouche, suivies de respiration stertoreuse; il ne s'est pas mordu la langue et l'attaque a duré environ cinq minutes. Ses parents ont affirmé qu'il n'a jamais rien eu de semblable.

Ce phénomène, joint à l'existence probable d'un enfoncement des os du crâne, pouvait paraître indiquer l'application du trépan, dans le but de faire cesser la compression si elle existait; mais M. Guérin trouva, le lendemain (3 février), le malade dans un état satisfaisant: les convulsions n'avaient pas reparu pendant la nuit; le blessé était calme, sans fièvre; il toussait un peu, mais ne rendait que quelques

crachats blancs, sans mélange de sang. D'ailleurs, l'enfoncement ne paraissait pas parfaitement évident à M. Guérin; il pensait qu'il pouvait y avoir là un de ces épanchements sanguins, dont les bords durs et saillants peuvent facilement induire en erreur.

On verra plus loin que si l'existence de l'enfoncement est devenue évidente, l'abstention, dans ce cas, n'a donné lieu à aucun accident, et que la guérison s'est effectuée sans intervention chirurgicale.

Le 4 février, le pouls est à 120; le malade ne va pas à la selle. Calomel, 0 gr. 80.

Les urines sont claires et très-abondantes; elles présentent ces caractères pendant plusieurs jours, sans que l'examen chimique y fasse constater la présence du sucre.

La toux persiste. Julep diacodé.

Le 5, on purge le malade avec 45 grammes d'huile de ricin.

Le 6, on refait les appareils qui le serraient; il y a une large ecchymose au niveau de l'olécrane.

Le 8 février, le malade souffre de la tête; les parties voisines de la plaie se sont tuméfiées. Incision en dehors de la plaie, où il s'est formé une petite collection purulente. Pansement simple.

Toujours des douleurs dans le flanc droit, où s'est développée une petite pustule. Huile de ricin, 45 grammes.

Les plaies se mettent à suppurer et les parties voisines sont tuméfiées; du reste, l'état général est toujours excellent, aucun accident ne survient.

Le 14 et le 15, on applique des appareils dextrinés sur les deux membres fracturés.

Ces appareils sont enlevés le 14 mars; la consolidation est complète et régulière, sauf à l'humérus, où l'extrémité supérieure du fragment inférieur fait une assez forte saillie en dehors.

Pendant ce temps, les deux plaies du front se sont peu à peu taries; des bourgeons charnus sont venus faire saillie entre leurs lèvres, et on les a cautérisés avec le crayon.

Pour s'assurer de l'existence de l'enfoncement, on en a marqué les limites avec la pierre, et on a pu constater que leur étendue ne changeait nullement; le gonflement ayant disparu, on peut, avec le doigt, parfaitement en apprécier les contours qui sont assez aigus; il y a en réalité deux fragments osseux enfoncés; l'un est au niveau de la première plaie; il a environ 3 centimètres $\frac{4}{5}$ dans tous les diamètres; le second, beaucoup plus petit, de l'étendue d'une pièce de 20 centimes en argent, occupe le point où s'était formé un petit abcès.

Aujourd'hui (10 avril), le malade est parfaitement bien portant; il marche, il lit sans éprouver ni étourdissement ni lourdeur de tête.

ni aucune douleur. Les plaies sont à peu près complètement cicatrisées; les articulations du bras droit sont encore roides; mais sans cela il serait parfaitement en état de quitter l'hôpital.

M. DESPRÉS. Messieurs, quand j'ai entendu M. Broca et M. De-guise parler des faits de leur pratique et discuter les indications du trépan, d'après leur expérience personnelle, j'ai écouté, me disposant à faire mon profit à l'occasion des réflexions dont ils ont fait suivre l'exposé de leur observation. Mais quand la discussion s'est généralisée, quand elle est devenue de la dialectique à propos des observations des autres, je me suis tenu prêt à contrôler les faits qui nous seraient présentés; je me suis tenu prêt à faire du scepticisme scientifique à l'exemple de Malgaigne, dont l'ombre, j'en suis sûr, a dû se révolter plus d'une fois si elle a pu entendre cette discussion.

Je viens affirmer que les observations anglaises, qui sont le fondement de la statistique de M. Le Fort, sont insuffisantes, et que les statistiques anglaises ne prouvent rien de plus que les statistiques anglaises reproduites dans la thèse de M. Velpeau il y a trente-trois ans, rien de plus que ce qu'ont dit Desault, Larrey et Malgaigne.

Voici mes preuves : Ceux de nos collègues qui voudront parcourir les recueils anglais verront que leurs observations sont la plupart des notes telles, que, s'il nous en arrivait de pareilles à la Société de chirurgie, nous les prendrions en faible considération.

Je ne vous citerai pas les observations anglaises dont M. Trélat vous a parlé, vous connaissez leur peu de valeur, je vous citerai des observations de six ou huit lignes dans lesquelles, pour tout exposé de symptômes, il y a : « le malade se plaignait seulement d'une douleur de genou ; » ou « les symptômes étaient ceux d'une légère contusion ; » ou « il n'y avait pas de symptômes (*no symptoms*), » et chaque fois cet exposé rapide des signes est suivi du mot trépan. Je renvoie mes collègues, pour la dernière de ces curieuses observations, à un journal publié il y a deux ans seulement (*Lancet*, 1865, t. I, p. 448). Dans d'autres observations on trouve ces mots : « le malade ne souffrait pas ; le malade vint seul à l'hôpital, etc. »

Mais je veux prendre une des observations les plus détaillées, et vous jugerez si l'on peut en tirer une indication précise.

J'emprunte ce fait au *Medical Times*, 1864, t. I; l'opération a été pratiquée dans le service de M. Bickersteth et le fait a été publié par M. Rawdon, chirurgien résident.

« G. F., âgé de 29 ans, entre à l'infirmerie royale de Liverpool; il avait une hémiplegie partielle, était incapable de se tenir debout et de marcher, et semblait hébété. Ses amis disaient que huit semaines auparavant le malade était tombé dans un trou de trois pieds de pro-

fondeur, ce qui avait causé une blessure à la tête. Néanmoins F. avait continué son emploi jusqu'au 2 mars, époque à laquelle il avait été pris, pendant son travail, subitement comme s'il avait été frappé sur tout le côté droit. La veille de son entrée, le malade avait eu des accès répétés (*fits*). A la visite la plaie de la tête, encore en suppuration, laissait voir une fracture de la partie inférieure du pariétal gauche. »

Voilà l'histoire du malade, la description de la plaie de tête et l'énumération des complications de la fracture du crâne. Voyons le traitement :

« Une incision cruciale est faite, et on emploie la tréphine du gros calibre; une large pièce d'os est enlevée avec plusieurs fragments d'os en éclat. Dans la pensée qu'il y avait une collection de pus, une incision a été pratiquée à la dure-mère, mais il n'est sorti qu'une très-petite quantité de sérum. Pendant quelques jours il n'y pas eu d'amélioration, si ce n'est que les accès épileptiformes ne sont pas revenus, mais ensuite il y a eu du mieux, et cela continue, à part que dans la seconde moitié du traitement il y a eu deux accès. Le 2 avril, le malade était guéri et a pu reprendre son travail. »

Et voilà tout! En vérité la science ne peut tirer d'éclaircissements de faits si incomplets.

Les statistiques qu'a produites M. Le Fort ont leurs analogues dans les statistiques de Dease et d'Abernethy que M. Velpeau a exposées dans sa thèse. Je dirai plus, en compulsant les journaux anglais, on trouve, ce que ne nous a pas dit M. Le Fort, des faits de fracture du crâne traitée sans trépan comparés à des faits de fracture traitée par la trépanation; les chiffres ne prouvent rien de plus que ceux de Giraud reproduits dans la thèse de M. Velpeau. Rien de plus que les faits rassemblés par Malgaigne. La question n'a pas fait un pas de ce côté.

Parmi les indications que notre collègue M. Le Fort a tirées de sa statistique, il en est une qui m'a surpris. M. Le Fort a dit : « Tout me porte à conclure qu'il ne faut pas trépaner quand il y a des convulsions. » Cette proposition dans sa forme est anglaise et elle a été émise par J. Russell, en 1865, dans un mémoire publié en deux articles dans le *British and foreign medical and surgical review*, 1865. Et cela n'est pas neuf, seulement l'idée est moins bien exprimée qu'autrefois. En effet, ce que veulent dire les Anglais, c'est qu'il ne faut point opérer quand il y a méningite ou encéphalite. Or, Pott avait dit, au siècle dernier, qu'il ne fallait pas trépaner quand il y avait de l'inflammation, et M. Velpeau, dans sa thèse, précisant mieux les indications, écrivait en 1834 qu'il fallait s'abstenir quand il y avait des signes d'inflamma-

tion de l'encéphale, c'est-à-dire de la fièvre, du délire, des contractions ou des accès convulsifs.

Vous le voyez donc encore une fois, les statistiques d'origine anglaise ne nous ont rien appris de neuf.

Enfin, messieurs, voici le but de ces quelques mots : j'ai voulu, comme M. Giraudeau, mettre les lecteurs de nos bulletins en garde contre des convictions honorables, mais puisées à des sources douteuses. On pourra peut-être m'accuser d'une sollicitude exagérée pour les opinions françaises de Desault et Malgaigne et, en général, pour les travaux qui se font dans notre pays, mais on m'accordera au moins que, dans cette discussion, il a été donné, sans profit pour la science, une place trop large aux étrangers.

M. MARJOLIN. Je crois que M. Le Fort a trop recommandé l'usage de l'opium dans les fractures avec accidents cérébraux. Il est préférable d'avoir recours aux émissions sanguines et aux purgatifs répétés. Il faut éviter, du reste, de confondre les accidents de la méningite avec ceux du *delirium tremens*.

On a dit qu'il fallait trépaner dans les cas d'hémiplégie, je n'accepte pas cette conclusion ; les observations fournies par MM. Legouest et Perrin démontrent l'inutilité de l'intervention pour ces cas particuliers. Pour ma part, je réserverais le trépan pour les cas d'enfoncement du crâne avec accidents persistants.

M. VERNEUIL. Si les chirurgiens français ont jusqu'ici accueilli trop timidement le trépan, il est à craindre que la discussion actuelle ne les pousse dans une voie contraire.

On a conseillé ici le trépan pour remédier à des accidents que, pour ma part, j'ai vu céder à la médication antiphlogistique. Quant à l'opium, je l'ai employé dans les cas de délire avec agitation et alors qu'il n'était plus possible de recourir de nouveau aux émissions sanguines ; j'ai obtenu des résultats satisfaisants. Les recherches modernes semblent démontrer que l'opium, loin de congestionner les centres nerveux, a une action tout inverse, la contraction des vaisseaux produisant une sorte d'anémie cérébrale.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 10 AVRIL 1867.

Présidence de M. LEGOUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux de la semaine ;

Le *Compte rendu des travaux de la Société médicale d'émulation de Montpellier* ;

Le *Montpellier médical*, n° d'avril 1867 ;

L'article CANCER, par M. le docteur Heustaux (de Nantes). Extrait du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* ;

Des névromes pléxiformes, variété de tumeurs sous-cutanées. Thèse inaugurale. Paris, avril 1867, par le docteur Margerin.

Une lettre par laquelle M. Aubry (de Rennes) réclame contre une erreur commise par M. Léon Le Fort, dans une des dernières séances, en attribuant à M. Guyot une opération de trépan faite avec succès, à Rennes, en 1845.

M. LE FORT. La réclamation de M. Aubry est parfaitement fondée ; cette observation, en raison de sa date, ne figure pas dans ma statistique ; je me suis borné à la mentionner ; mais en la relisant dans mes notes, le nom de M. Guyot avait surtout appelé mon attention, car elle débute à peu près ainsi : Une malade se présente, en 1845, à l'Hôtel-Dieu de Rennes, à la consultation de M. Guyot...

L'opérateur est réellement M. Aubry, et non M. Guyot.

La correspondance manuscrite comprend :

Une demande de congé adressée par M. Tillaux ;

Une observation de luxation du coude, par M. le docteur Champenois, médecin principal à Blidat.

Un mémoire de M. le docteur Leflamé (de Beaune), intitulé : *De la pustule maligne ou charbon externe de l'homme*. (Commission : MM. Tillaux, Labbé et Panas.)

M. le docteur Symson assiste à la séance.

COMMUNICATION.

Luxation incomplète du cubitus et du radius en dedans, avec fracture du condyle et consolidation irrégulière, sans réduction préalable. — Avantages et mécanisme de la flexion forcée dans la réduction primitive par la méthode de douceur.

M. CHAMPENOIS fait la lecture suivante :

Les cas de luxation incomplète complexe des os de l'avant-bras en dedans ne sont pas assez nombreux pour qu'une observation de plus puisse paraître superflue. En l'espèce, Malgaigne ne signale que deux faits, avec cette particularité que le fragment n'avait pas suivi le radius : circonstance qu'il considère comme aggravante pour le succès de la réduction.

J... (Jean), enfant de neuf ans, tombé d'un cheval au pas, sur le côté gauche, l'avant-bras engagé derrière le dos, nous a offert dernièrement, vers le cinquantième jour de l'accident, un curieux exemple de luxation incomplète du cubitus et du radius en dedans, avec une fracture qui avait intéressé la bifurcation externe de l'humérus, la cavité olécrânienne et la trochlée, de manière à isoler en un fragment le condyle, l'épicondyle, 2 centimètres de l'arête humérale externe et une portion de la trochlée. Ce fragment était consolidé.

L'amaigrissement avait ramené le coude aux conditions d'une pièce d'anatomie pathologique.

L'articulation était à demi fléchie; l'avant-bras, en pronation moyenne, plus rapproché de l'axe du bras que celui du côté opposé. Les mouvements d'extension et de flexion étaient arrêtés; la pronation et la supination faciles. Le pli cutané, transversal en dedans, s'abaissait en dehors. De niveau avec le point correspondant à l'épistrochlée, il ne répondait plus, malgré son abaissement, à la saillie qui représentait l'épicondyle. Cette saillie le débordait encore en bas de 4 centimètre $\frac{1}{2}$.

En arrière, plus d'olécrâne au milieu de l'espace compris entre les deux tubérosités; cavité olécrânienne libre, mais presque effacée; face postérieure de l'épistrochlée confondue avec le sommet de l'olécrâne par un tissu de remplissage qui avait aussi comblé le vide entre la tubérosité interne et le relief de la petite cavité sigmoïde à la place de l'épicondyle. En quoi consistait donc la saillie indiquée? Quadrilatère, elle présentait en avant un bord légèrement concave, en arrière un bord irrégulièrement convexe; sur la partie moyenne du supérieur tombait le bord interne de l'humérus; l'inférieur, demi-circulaire en avant, semblait vouloir trancher la peau; le tégument seul séparait la face externe du doigt explorateur.

Quelle pouvait être cette face, sinon la face postérieure de l'épicondyle et du bord qu'il termine en bas?

Son bord antérieur n'était que la fin de l'arête externe.

Son bord postérieur ne s'expliquait que par une fracture qui avait permis au choc et au rond pronateur de faire basculer le fragment en avant, avec abaissement du contour externe du condyle à 4 centimètre $\frac{1}{2}$ au-dessous du niveau de l'angle postérieur de l'olécrâne.

En suivant le bord postérieur du cubitus, on trouvait le bec de l'olécrâne accroché en arrière de l'épistrochlée sur l'angle postérieur du contour externe de la trochlée. Ce contour croisait en écharpe, de dehors en dedans, l'arête demi-circulaire qui divise d'arrière en avant les deux cavités sigmoïdes.

La cupule radiale correspondait, en dehors, au sillon intermédiaire

à la trochlée et au condyle, ou plutôt au sillon de la fracture, et en dedans à la portion oblique de la trochlée.

Le vide de la cavité olécrânienne et de la partie postérieure de la gorge articulaire, au-dessus de la cupule radiale, avait été comblé par la saillie en arrière du bord interne du fragment et les éléments du col.

Cette saillie, comme le rejet de la face postérieure en dehors, était le résultat de la chute sur le coude, de l'action du rond pronateur, du ligament latéral externe qui semblait intact, et de l'interposition de la tête radiale.

Dans la position indiquée par l'enfant, l'avant-bras en forte pronation et engagé sous le dos, la chute sur le côté avait fait porter directement l'articulation par la face postérieure de l'épicondyle.

Les tentatives de supination, ainsi que l'extension et la flexion, provoquaient une vive douleur.

On s'était contenté d'envelopper l'extrémité du bras et de l'avant-bras avec deux morceaux de carton contenus par une bande. Dix jours plus tard le rebouteur avait fait appliquer sangsues et cataplasmes.

Au cinquantième jour, le radius avait repris ses mouvements; mais le cubitus était presque immobile.

Que restait-il à faire? Rétablir la mobilité nous a paru l'unique indication.

L'enfant fut soumis à l'action du chloroforme, et l'on procéda à l'extension d'abord, puis à la flexion.

Ni dans un sens ni dans l'autre, le résultat ne fut complet; mais, dans les limites atteintes, le bras pouvait recouvrer sa force et ses usages primitifs.

Il ne fallut, toutefois, pas moins d'un mois d'exercices, de frictions, de bains, de douches, de massage, pour assurer à la volonté de l'enfant les résultats obtenus par les efforts du chirurgien.

Entré le 13 février à l'hôpital, le 16 mars J... pouvait presque atteindre l'épaule gauche avec les doigts; et quand il se cramponnait avec la main pour chercher à étendre l'avant-bras, l'angle du coude devenait très-peu marqué.

A ce résultat, cependant, la réduction eût été bien préférable. Mais elle n'est pas toujours facile. Le crochet olécrânien est bien pris entre la trochlée et l'épitrochlée; le bord interne de l'articulation est solidement embrassé par le tendon du brachial antérieur; il peut même être débordé en dedans.

Malgaigne, impuissant à réduire une luxation incomplète en dedans, avec fracture du condyle, s'est demandé si une portion de ce muscle n'était pas passée en arrière de l'épitrochlée.

Un autre obstacle se trouve dans le fragment externe, quand il n'est pas resté lié à la tête du radius.

Ce n'était pas le cas de l'enfant qui nous occupe.

Mais admettons son existence. Quels sont alors les moyens les plus efficaces d'arriver à lever les trois difficultés ?

Ces moyens sont compris dans la méthode de douceur, à la condition de pousser franchement la flexion de l'avant-bras sur le bras aussi loin que possible, pendant que les mains se chargent de la coaptation.

Le pouce qui correspond au côté externe de l'articulation tend à repousser le condyle en haut et en dehors, pendant que les doigts cherchent à ramener l'olécrâne en bas et en dehors. Pour aider à ce dernier mouvement, la main opposée embrasse solidement en dedans le tiers supérieur de l'avant-bras et exécute un effort de torsion d'avant en arrière. Dès que chacun des agents de la coaptation est en puissance d'action, la poitrine du chirurgien s'abat franchement sur la face postérieure de l'avant-bras préalablement appliquée contre elle, et l'on est étonné de la facilité avec laquelle les surfaces articulaires rentrent en rapport.

Les avantages de cette manière de faire, dans deux cas de luxation en arrière complète, nous ont conduit à l'employer dans la luxation incomplète en dedans.

Un cavalier, jeté à terre par un cheval de main qui s'était élancé sur le sien, avait été relevé avec une violente douleur dans le coude gauche et déformation de l'articulation.

La colonne de cavalerie était en marche. Le blessé fut dirigé sur Sétif, où il n'arriva que le troisième jour.

Le gonflement était considérable, la douleur excessive, les muscles contracturés. Un massage progressif, en atténuant la douleur, permit de reconnaître les changements survenus dans les rapports des trois tubérosités principales, la saillie condylienne, et la dépression laissée au-dessous d'elle par le déplacement de la tête du radius en dedans.

On employa d'abord un procédé qui a réussi à M. Triquet, à quinze jours de l'accident : extension, contre-extension dans le sens du déplacement, puis supination et extension, pendant que l'humérus était poussé en dedans sur l'avant-bras attiré en dehors.

Le robuste blessé, surexcité par la douleur, luttait avec avantage contre les efforts de deux infirmiers, quand, passant l'épaule sous le lien extenseur pour le soulever, pendant qu'avec les mains nous opérons la flexion et la coaptation indiquée plus haut, nous avons eu la satisfaction de sentir la réduction se faire au moment où la flexion a été complète.

De ce qui précède nous croyons pouvoir conclure que : dans les luxations incomplètes, récentes, du cubitus et du radius en dedans, avec ou sans fracture du condyle, l'exagération du mouvement de flexion est, comme dernier temps de la méthode de douceur, le moyen le plus efficace de ramener les surfaces articulaires en rapport.

Cette efficacité vient à la fois du relâchement des muscles et des ligaments; du point d'appui de plus en plus large que l'apophyse coronoïde trouve sur la trochlée, à mesure qu'elle refoule le tendon du brachial antérieur, et que le radius repousse son condyle pour se dégager de l'angle interne du fragment.

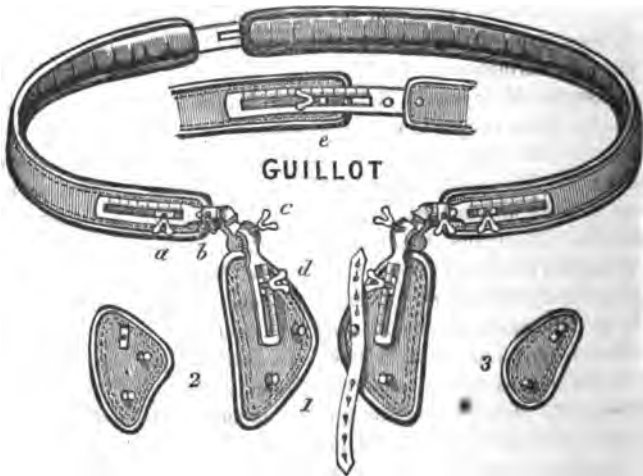
Dans ce mouvement ascensionnel, le croisement du bord interne de la trochlée et de la saillie sigmoïdienne tend à s'effacer et disparaît avec le ressaut de l'olécrâne rentrant dans la gorge articulaire.

En résumé, la réduction a lieu parce qu'à chaque degré nouveau de flexion, l'olécrâne perd en fixité ce que regagne l'apophyse coronoïde dans la voie des rapports perdus.

La flexion forcée joue, au coude, le même rôle que l'extension forcée, ou plutôt l'élévation pour l'épaule; l'apophyse coronoïde y remplace l'acromion.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

M. LÉON LE FORT. J'ai l'honneur de présenter à la Société, de la



part de M. Guillot, un bandage herniaire de son invention, pouvant servir de bandage contentif pour les malades affectés de hernie et en

même temps d'appareil d'essai ou d'herniomètre. C'est sous ce rapport surtout que l'appareil me paraît digne d'attention.

Au moyen d'une triple articulation, on peut faire varier à l'infini l'inclinaison, la pression de la pelote qu'on peut aussi remplacer de suite par d'autres pelotes de formes et de volumes divers. On peut ainsi, dans les cas de hernie difficiles à contenir, au lieu de faire fabriquer un peu au hasard des appareils souvent insuffisants, trouver facilement et presque de suite la forme, l'inclinaison et la force du bandage nécessaire par la hernie.

RAPPORT.

M. BOINET, au nom d'une commission composée de MM. Huguier, Demarquay et Boinet, lit la première partie d'un rapport sur plusieurs observations d'ovariotomie qui ont été adressées à la Société de chirurgie.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 17 AVRIL 1867.

Présidence de M. LEGUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE.

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux de la semaine ;

Le Bulletin de l'Académie royale de Belgique ;

La Gazette médicale de Strasbourg ;

Le Bulletin de thérapeutique, 15 avril ;

La Revue médicale de Toulouse, mars 1867 ;

Catalogue of the Museum of military surgery attached to the army medical school of Netley ;

I campi d'istruzione ni Italia, nel 1865, par le docteur Felice Baroffio, Firenze, 1866 ;

Intorno ad un enorme calcolo vescicale avente per nucleo alcune ossa fetali ed a due monstruosità per inclusione in asi l'individuo ceppo si poté porre in condizioni normali, par le docteur Franc. Rizzoli. Bologna, 1867 ;

Une série d'ouvrages adressés par M. Ferdinando Santopedro, chirurgien à Urbin ;

Trattato storico et pratico della litotripsia, Fano, 1853 ;

Sull' importanza del percussore di Heurteloup nella esplorazione ed estrazione dei corpi estranei dalla vescica urinaria, 1859 ;

Sulla necessità d'istituire una sala clinica per lo studio della litotripsia, 1862 ;

La cistotomia e la litotripsia, 1863 ;

La litotripsia non è invenzione italiana a scoperta della chirurgia italiana, 1866 ;

Aportazione dell'intero mascellar superiore affetto di osteosarcoma. Fuligno, 1844 ;

Sulla fistola vescico-vaginale, 1863 ;

Sopra un caso di terebrazione del cranio, 1866 ;

Storia di una gastrotomia praticata per l'estrazione di un corpo estraneo introdotta nel basso ventre, 1865.

M. Giraldès est chargé de rendre compte à la Société de ces divers travaux.

M. LARREY. J'ai l'honneur de présenter à la Société, de la part de notre collègue M. Sédillot, un livre considérable ayant pour titre : *De l'évidement sous-périoste des os*. Ce travail, très-utile à consulter, a obtenu la faveur de partager le grand prix de l'Académie des sciences pour 1867. Le traité de l'évidement est le résultat de longues recherches et de l'appréciation successive de toutes les expériences, de toutes les discussions, de tous les faits relatifs à cette grande question de la régénération des os comme moyen de conserver les membres et d'éviter les amputations.

M. Dubreuilh, membre correspondant à Bordeaux, assiste à la séance.

RAPPORT.

M. BOINET termine la lecture de son rapport sur l'ovariotomie. Ce travail est renvoyé au comité de publication.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 24 AVRIL 1867.

Présidence de M. LEGUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. le docteur Pétrequin, membre correspondant à Lyon, assiste à la séance.

CORRESPONDANCE.

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux de la semaine ;

Sur un nouveau mode de drainage chirurgical, par le docteur Amédée Paris. Angoulême, 1867 ;

De l'occlusion intestinale, par le docteur Putégnat (de Lunéville).

La correspondance manuscrite comprend :

Une demande de congé de la part de M. Desormeaux ;

Deux observations de M. le docteur Dauvé, chirurgien militaire : l'une sur les luxations complètes de l'astragale en dehors et en avant ; l'autre, sur l'ankylose rectiligne du coude.

Ces observations seront renvoyées à une commission composée de MM. Saint-Germain, Després et Verneuil.

M. Sistach, membre correspondant à Constantine, adresse une observation de hernie lombaire.

LECTURE.

M. PÉTREQUIN donne lecture d'un travail ayant pour titre : *Recherches historiques sur l'opération du trépan*.

Discuter la question du trépan au point de vue purement moderne, dit M. Pétrequin, ce serait déjà une entreprise fort difficile en raison des divergences extrêmes auxquelles on se heurte à chaque pas ; mais discuter cette question au point de vue antique, en regard des idées modernes dont il faut tenir compte, c'est une tâche bien autrement ardue. Je ne connais aucun travail complet sur cette matière, et je conçois qu'on ait reculé devant ce labeur. Les difficultés mêmes du sujet seront mon excuse, si les solutions que je vais essayer de formuler laissent quelque chose à désirer.

L'antiquité était très-favorable à la trépanation ; au dix-huitième siècle, l'Académie de chirurgie la mit à son tour en honneur ; puis vint l'école de Desault, et sous son influence une vive réaction s'est

opérée, qui n'a pas cessé depuis lors. Voici comment M. Velpeau, en 1839, a cru devoir peindre l'état des choses : « Desault et son école,... revenant aux idées de Van Wyck, Aitken et Metzger, ont eu raison d'établir en règle générale que l'opération du trépan est rarement nécessaire, qu'elle est souvent nuisible, et qu'on doit s'en dispenser dans une foule de cas où les chirurgiens du dix-huitième siècle la recommandaient. Cette doctrine que soutient Græfe, à Berlin, que les chirurgiens anglais ont adoptée (1), a généralement prévalu en France, où elle a trouvé un défenseur exagéré dans M. Gama, etc. (*Méd. opér.*). Ces opinions ne sont-elles pas un peu trop exclusives? C'est ce que je ne veux pas examiner ici; remarquons seulement que M. Velpeau lui-même ne peut s'empêcher d'ajouter immédiatement : « Cependant Larrey, Roux, Dupuytren, Delpech, ont mis la trépanation un certain nombre de fois en usage avec succès. Bécлар, A. Dubois n'ont pas été moins heureux, etc. » C'est là peut-être un motif pour réclamer contre l'arrêt de condamnation dont on veut frapper le trépan, et pour s'associer à la protestation que Murat ne craignait pas de faire en 1844 au sein de l'école de Paris : « Tous les chirurgiens judicieux penseront que la proscription de cette opération est aussi injuste, que l'abus qu'on en a fait à diverses époques était condamnable; car la pratique de la chirurgie offre des cas dans lesquels rien ne saurait suppléer à l'opération du trépan et où ce moyen, employé en temps opportun, arrache le malade à une mort certaine. » (*Dict. de méd.* en 30 vol.) On peut ajouter que L. J. Sanson pensait de même (*Dict. de méd. et chir.*, en 15 vol., 1832, VIII). Tâchons donc de faire un instant table rase à l'endroit de toute opinion systématique pour ou contre la trépanation, afin d'aborder cette intéressante et difficile question avec un esprit indépendant et dégagé de toute idée préconçue.

De nos jours, on s'accorde à poser ainsi les indications : « Le but de la trépanation est — de livrer passage aux liquides qui ont pu s'épancher dans la cavité crânienne, — de permettre de relever les esquilles enfoncées dans le cerveau, — d'extraire tout corps étranger dont la présence serait de nature à gêner les fonctions cérébrales. »

(1) Nous verrons plus loin qu'il y aurait plus d'une restriction à faire à l'égard de cette appréciation. Tout récemment M. Le Fort, mettant en parallèle la chirurgie anglaise et la chirurgie française au point de vue du trépan, a formellement accusé la première de pécher par excès et la nôtre par défaut; de 1855 à 1866, les recueils anglais renferment 137 observations de trépanation pour des fractures du crâne, tandis que les recueils français n'en mentionnent que 4 cas seulement. (*Soc. chirurgic.*)

Velpeau (*Élém. de méd. opér.*, 1839, t. III), Sanson (*Dict.* en 15 vol.), Murat (*Dict.* en 30 vol.), etc., formulent les mêmes règles.

Telle n'était point la doctrine d'Hippocrate, qui diffère essentiellement de celle qu'on enseigne aujourd'hui dans nos écoles; voici comment il l'expose lui-même, § IX (Littre, t. III, p. 240) : « Parmi les lésions traumatiques du crâne, celles qui réclament l'emploi du trépan (*Modiolus*), sont : — la *contusion*, qu'elle se dérobe à la vue ou qu'elle soit apparente; — et la *fracture*, qu'elle soit cachée à l'œil ou manifeste; — et de même encore l'*hédra* ou *empreinte* produite sur l'os par l'arme vulnérante, s'il s'y joint une fracture ou une contusion, ou si une contusion sans fracture vient seule la compliquer, c'est dans ce cas que l'empreinte exige l'application du trépan. — Mais s'il s'agit d'un os qu'un *enfouissement* a déprimé hors de sa position normale, il en est peu dans le nombre qui aient besoin de la trépanation, et il en sera d'autant moins besoin que les os seront plus enfoncés et plus brisés; — l'*hédra* aussi, prise en elle-même et survenue sans fracture ni contusion, ne réclame pas davantage l'emploi du trépan. » — On voit combien j'avais raison de dire qu'il était indispensable ici de faire préalablement table rase; car cet énoncé d'Hippocrate s'éloigne tellement des idées reçues chez nous, qu'il bouleverse de fond en comble tout le système de notre enseignement didactique. De toutes les questions diverses que soulève notre auteur, je ne veux pour le moment en aborder qu'une seule, celle de la contusion; les autres pourront venir en leur temps.

De la trépanation dans les contusions du crâne.

Qui trépane aujourd'hui pour une contusion du crâne? et qui ne s'étonne de voir Hippocrate le faire et le prescrire? Qu'on veuille bien, toutefois, l'entendre avant de condamner sa doctrine! Il commence par décrire le mal : « Il y a, dit-il, § V (Littre; p. 200), il y a plusieurs degrés dans la contusion : ainsi elle peut être plus ou moins profonde; elle est tantôt plus profonde et traverse toute l'épaisseur de l'os; tantôt moins profonde et n'intéressant pas l'os dans toute son épaisseur. » La règle, pour Hippocrate, était d'enlever la partie contuse. Dans le premier degré, il pratiquait ce que je nommerai une *demi-trépanation*, en emportant avec la couronne la table externe jusqu'au diploé, comme on le voit dans l'observation 46 du V^e livre des *Épidémies*.

Hippocrate entraîna, par son exemple, tous les chirurgiens de l'antiquité, dont on pourrait invoquer la pratique à l'appui de la sienne. Ils ne différaient guère que par leur manière d'opérer : Celse employait la ruginé, Galien la tarière et les ciseaux à excision, etc. « Il

peut arriver, dit Celse, VIII, 3, qu'à la suite d'un coup l'os ne soit ni brisé ni fendu, mais atteint d'une contusion superficielle qui en rend la surface inégale : il suffit alors de ruginer et de polir la partie lésée. » — Galien écrit de son côté (Corchi, *Græcorum chirurgicorum libri*, Florent., 1754, p. 109; Oribas, XLVI, 24, éd. Daremb., IV, 480) : « S'il existe une contusion du crâne compliquant une fracture, il faut exciser la partie contusionnée de l'os, en se servant de ciseaux à excision, auxquels on aura préparé les voies à l'aide de tarières. — Paul d'Égine admet, dans la contusion, les deux degrés dont il vient d'être parlé, et se conduit d'après les principes d'Hippocrate et de Galien, VI, 90. — Mais celui de tous dont le travail est à mon avis le plus satisfaisant, c'est Héliodore (contemporain de Trajan et de Juvénal), qui nous initie aux motifs de sa conduite; il étudie la question en pathologiste expérimenté; il fait voir que la contusion du crâne, négligée, peut être suivie d'accidents graves, que souvent il survient au-dessous un abcès qui décolle la dure-mère et altère l'os; il remarque que la collection purulente se forme précisément au-dessous de la région contusionnée, et il conclut que le remède héroïque est la trépanation; il veut que l'os contus et malade soit excisé après l'avoir entouré de trous à l'aide de la tarière; il note que cette opération réclame beaucoup de soin et de précision, pour ne pas blesser les méninges, etc. (Oribas, XLVI, 47.)

On comprendra, après ce qui précède, que cette trépanation, qui dans les mains d'Héliodore était *curative*, Hippocrate voulût lui donner une qualité de plus en la rendant *préventive*. Qu'y a-t-il de fondé dans la doctrine d'Hippocrate? Il faut avouer que, dans l'état actuel de la science, rien ne semble plus difficile à déterminer. De nos jours on n'accorde plus guère à l'opération ni l'une ni l'autre des deux qualités dont il s'agit; la contusion ne figure même plus parmi les indications opératoires. Nous vivons sous l'empire de l'école de Desault; les esprits se sont détournés de la tradition, pour se concentrer dans le présent; on ne veut admettre que des faits nouveaux : on récuse les faits anciens comme mal observés, si bien qu'ils se trouvent relégués dans l'ombre. On ne parait plus guère vouloir tenir compte des enseignements du passé, et pourtant il semble qu'ils ne méritent ni cet oubli ni ce dédain.

Or, qu'apprend l'expérience? En compulsant les recueils d'observations, je constate (pour ne parler que des phénomènes locaux) qu'une contusion notable du crâne peut produire deux sortes d'accidents : comme accidents *primitifs*, on trouve les *épanchements sanguins*, extérieurs entre le péricrâne et l'os; ou intérieurs entre le crâne et la dure-mère, ou bien les deux simultanément. Or, sans nous

arrêter aux phénomènes de compression qu'ils peuvent produire, je note qu'il n'est pas rare que ces épanchements ne se résorbent pas, surtout les derniers, et qu'ils finissent par engendrer des complications fâcheuses. — Comme accidents *secondaires*, on a à redouter : 1° des *abcès* dans les mêmes lieux que l'épanchement sanguin ; — 2° l'*ostéite* de la portion contuse du crâne ; — 3° souvent une *carie* ; — 4° plus souvent encore une *nécrose*. Ces lésions secondaires présentent une gravité particulière à cause non-seulement de leur durée chronique, mais encore des réactions morbides qu'elles provoquent dans les méninges et le cerveau, cinquième genre d'accidents, en sorte que, si d'abord on n'y porte remède, la mort du blessé en est fréquemment la conséquence. La mortification partielle du crâne est un fait assez ordinaire quand la contusion s'accompagne de dénudation ; mais celle-ci n'est point indispensable pour la production de la nécrose et des autres accidents secondaires.

Comment les chirurgiens des derniers siècles ont-ils compris et formulé les indications opératoires ? J'éviterai de prendre mes exemples dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, qu'on accuse d'avoir été trop favorable à la trépanation ; je me bornerai à un petit nombre de citations, mais je les choisirai dans des ouvrages qui ont mérité de faire autorité, de leur temps. Ledran, qu'on qualifie « un des chirurgiens les plus habiles et des écrivains les plus judicieux du dix-huitième siècle » (Dezeimeris, *Dict. historiq. de la méd.*), Ledran expose ainsi son opinion : « Plusieurs expériences nous apprennent que la dure-mère devient malade en conséquence de la contusion de l'os, et que la maladie dégénère en pourriture, ce qui a jusqu'ici emporté plusieurs malades, malgré les secours usités : il faut absolument trépaner de bonne heure. » Puis, faisant allusion aux indications classiques de l'opération, il conclut : « La contusion de l'os est un cas où le trépan n'est pas moins nécessaire, non à cause que l'os est contus, mais pour prévenir la maladie de la dure-mère et de la pie-mère qui en est une suite presque inévitable. » Ainsi pour Ledran, comme pour Hippocrate, la trépanation constituait dans ce cas une médication préventive ; et ce n'était pas une opinion purement théorique : il l'étayait sur l'observation. Au seizième siècle, A. Paré trépanait aussi dans la contusion du crâne (voy. I. X, c. 5). Au dix-septième, Dionis, dans son *Cours d'opérations* (p. 546), est on ne peut plus explicite : « Quoique la contusion soit sans scissure (fracture) et qu'elle ne paraisse que comme un écachement (écrasement) semblable à celui que fait un coup de marteau sur du bois, il ne faut pas laisser de trépaner, parce que les fibres de l'os y sont désunies, et alors c'est à l'endroit de la contusion que l'opération doit être

faite. » Tels sont les principes que Dionis professa dans son cours public d'opérations de 1673 à 1680, qu'il maintint dans la publication qu'il en fit en 1707, et que de Lafaye reproduisit dans son édition annotée de 1740.

A la fin du dix-huitième siècle, nous retrouvons dans Lassus un nouveau champion de ces idées, précisément à l'époque où le célèbre Desault, influencé par une série de revers, et ne tenant peut-être pas assez compte des conditions défectueuses de l'Hôtel-Dieu de Paris, si bien appréciées par Dionis, crut pouvoir ériger des circonstances particulières au rang de loi générale, si bien qu'il en vint à peu près à proscrire le trépan. Lassus, dans sa *Médecine opératoire* (1794, t. II, p. 195), distingue deux degrés dans la contusion.

Premier degré : « Si elle se borne à la table externe... il survient une tumeur qui ne se termine point par résolution, malgré les toniques les plus résolutifs, etc...; il y a nécessité de l'ouvrir pour donner issue au pus qui est ichoreux. L'os est à découvert, il est d'un blanc terne ou jaunâtre, et l'ulcère ne peut guérir que par l'exfoliation osseuse. »

Deuxième degré : « Si les cellules du diploé ont été rompues, les vaisseaux sanguins fourniront la matière d'un épanchement entre les deux tables de l'os..., qui donnera lieu consécutivement à une supuration putride, laquelle cariera le crâne en s'étendant au loin entre les deux tables qu'elle corrodera... et qui seront percées de plusieurs trous comme un crible, etc...; maladie toujours mortelle lorsqu'on n'y remédie point dans son principe, et qu'on ne peut guérir qu'en... appliquant le trépan, etc. »

Ce ne sont point là des vues purement spéculatives ; Lassus étudie la question en clinicien ; il s'appuie sur des observations fort probantes avec autopsie, où l'on constate le développement des diverses lésions qu'il vient de décrire : épanchement sanguin, nécrose, carie, abcès, inflammation des méninges, etc.

Ainsi, sans aller plus loin, voilà pour l'école française une série non interrompue durant trois siècles de témoignages imposants en faveur de la trépanation. Richter, pour ne pas remonter plus haut, va nous servir d'exemple à la fois pour les écoles allemande et italienne ; car la traduction de Volpi a rendu ses *Éléments de chirurgie* classiques en Italie, comme ils l'ont été en Allemagne, à la fin du dix-huitième et au commencement du dix-neuvième siècle. La popularité de l'œuvre de Richter n'a fait que s'accroître dans les universités de la Péninsule avec la nouvelle édition en dix vol. in-8° de mon regrettable ami Ranieri Cartoni, de Pise, qui la commença en 1825, sous la direction de son illustre maître Vacca Berlinghieri. et

qui l'a continuée jusqu'en 1847, en l'enrichissant d'un commentaire. Richter établit que, dans la contusion du crâne, il y a deux indications à remplir : l'une consiste à prévenir les accidents dont on est menacé, et l'autre à les combattre et à les dissiper quand ils viennent à se déclarer. Il note que les chirurgiens ont rarement à s'occuper de la première sur laquelle les blessés ont assez coutume de se faire illusion. Quant à la seconde, voici ce qu'il conseille : « A la première apparition des effets consécutifs de la contusion, le chirurgien doit recourir à l'opération du trépan ; celle-ci doit sans faute être exécutée aussitôt que les premiers symptômes se manifestent. La moindre temporisation peut être fort dommageable et même causer la mort, car du moment que la dure-mère et la pie-mère restent ainsi dans un état d'altération et de pourriture, et la surface du cerveau sous une couche d'humeur ichoreuse, le blessé doit être considéré comme perdu. La trépanation dans ce cas réunit trois avantages : 1° elle enlève la portion altérée du crâne ; 2° elle diminue la tension qu'entraîne l'inflammation des méninges ; 3° elle ouvre une libre issue aux humeurs ichoreuses disséminées entre le crâne et la dure-mère. » (Voy. éd. Volpi, 1798, t. III, p. 40.) On ne saurait être plus catégorique que Richter, dont l'opinion est partagée par Volpi et Vacca Berlinghieri, etc.

Il me reste maintenant à produire un des principaux représentants de la chirurgie anglaise, dont personne ne contestera la haute compétence, je veux parler de Percival Pott ; son opinion est formelle ; sa manière d'argumenter est judicieuse et convaincante ; dans son mémoire (voy. Pott, *Œuvr. chirurg.*, trad. fr., 1777, t. I, p. 49 à 82), ce sont les faits qui parlent, et ils sont en grand nombre. Voici comme spécimen quatre observations de *contusion du crâne sans plaie* qui me paraissent propres à jeter une nouvelle lumière sur la question que j'agite.

Obs. I. — Un pauvre garçon est renversé sans connaissance par un coup violent sur la tête ; porté à l'hôpital, il est saigné, et au bout de deux heures il reprend ses sens. Le lendemain, deuxième saignée, il sort de l'hôpital le cinquième jour pour reprendre son travail. Il y rentre le douzième jour, affaibli et le visage défait ; forte céphalalgie, soif, pas de sommeil ; troisième saignée. Le lendemain, quatrième saignée. Le quatorzième jour, il fut pris d'un frisson qui se renouvela plus intense le lendemain et fut suivi d'un délire avec convulsions. Le blessé mourut le dix-septième jour. Il n'avait offert d'autre symptôme local qu'un gonflement léger, perceptible seulement le quatorzième jour, sur la région de la tête qui avait reçu le coup. On y avait fait une incision sans trépaner. A l'autopsie, on

trouva le péricrâne décollé au niveau de la tumeur, l'os dénudé et ayant perdu sa couleur normale, et au-dessous un foyer considérable de pus entre le crâne et la dure-mère, sans trace de maladie en aucun autre point.

Voilà un exemple remarquable de contusion du crâne, suivie d'une méningite partielle ; il est à noter que l'inflammation était circonscrite au lieu contus. Ce cas, très-caractérisé, où la nature et la médecine furent impuissantes à sauver le blessé, mérite de fixer l'attention des opérateurs ; il en est de même du suivant :

Obs. II. — Un enfant de neuf ans est renversé par un coup de bâton sur la tête et reste un instant étourdi. On ne constate qu'un léger engorgement, et les premiers jours il n'y a point d'accidents. Le sixième jour, céphalalgie, vomissements, fièvre et nausées persistant jusqu'au douzième jour, où survient un premier frisson, suivi le lendemain d'un second qui se compliqua de délire. Pott, appelé alors, trouve une tumeur fluctuante et propose le trépan. Il incise et découvre le crâne qui est dépouillé et a perdu sa couleur naturelle ; mais, comme il n'y avait pas de fracture, la famille et le médecin s'opposèrent à la trépanation. L'enfant, après trois jours de délire, tomba dans un état d'insensibilité et mourut. Pott, à l'autopsie, trouva l'os altéré, la dure-mère décollée sous le pariétal gauche et une partie du temporal et couverte d'un pus abondant ; en outre, sous la partie moyenne du pariétal, la dure-mère décolorée fut incisée et laissa sortir une cuillerée de matière purulente. Tout le reste était sain dans le crâne. « Quand je vis l'enfant, dit Pott, il ne restait plus que la trépanation qui pût procurer quelque bien. Je ne prétends pas dire qu'elle eût sûrement sauvé le blessé... mais elle était le seul moyen qu'on pût convenablement employer... J'avais été contrarié, j'ose dire mal à propos, pour la manière de gouverner le malade. »

Dans les deux cas analogues qui suivent, Pott put mettre en pratique les conseils qu'il donnait ici, et l'opération réussit malgré la gravité des accidents.

Obs. III. — Un ouvrier tombe d'un deuxième étage et perd connaissance. Il ne tarde pas à revenir à lui. Il y a une contusion sans plaie au côté droit du front et au bras, il est saigné et pansé. Le deuxième jour, il reprend son travail. Le sixième, il rentre à l'hôpital : vive céphalée, vertiges, nausées. Incision de la tumeur frontale qui laisse échapper un liquide noirâtre ; le crâne est dépouillé de périoste ; saignée du bras. Le septième, fièvre, insomnie avec agitation, troisième saignée. Le huitième, fièvre persistante, constipation. Saignée de la jugulaire, purgatif. Le neuvième, pouls dur, accéléré ; peau chaude

et aride; saignée de l'artère temporale. Le dixième, il y a eu un frisson; la plaie a pris un mauvais aspect; elle est pâle, spongieuse; il y a décollement du péricrâne. Pott trépane et enlève un disque sous lequel il trouve la dure-mère altérée et couverte de pus. Le onzième, il y a eu un autre frisson; la fièvre est plus forte, la douleur plus aiguë et la plaie plus laide; large couronne de trépan près du temporal, qui donne issue à une quantité considérable de matière purulente. Nouvelle saignée qui est suivie d'une défaillance; lavement laxatif. Le lendemain, douzième jour, soulagement prononcé qui alla croissant. Il s'écoula beaucoup de matière par les ouvertures du trépan, la plaie s'améliora rapidement; on prescrivit le quinquina et la terminaison fut heureuse, « grâce, dit Pott, à l'opération du trépan, aidée d'abondantes saignées. »

OBS. IV. — Un garçon de douze ans reçut un coup de bâton sur le front et perdit connaissance; transporté à l'hôpital, il revint à lui. Tumeur sanguine au front; saignée. Le deuxième jour, fièvre, constipation. Nouvelle saignée, suivie d'un purgatif, topiques résolutifs. Il sort le neuvième jour, il rentre à l'hôpital le quatorzième; fièvre, céphalalgie, vertiges; saignée, puis vomitif, ensuite purgatif. Le dix-septième, frisson, aggravation du mal de tête, et de la fièvre qui empire le dix-huitième. Le dix-neuvième, douleurs vives au front; nouvelle saignée, mais sans amendement. Le vingtième, frisson, enflure douloureuse au front. Pott incise, fait sortir un liquide décoloré et trouve le péricrâne décollé dans la largeur d'un écu. Il ne voit d'autre ressource que le trépan qu'il applique à l'instant même; il donne issue à la matière purulente formée entre le crâne et la dure-mère; l'écoulement continua une semaine avec des symptômes graves; puis la suppuration diminua, la dure-mère s'incarna et le blessé guérit. Il prit sur la fin une décoction de quinquina.

Voilà, ce me semble, des faits probants en faveur de la trépanation dans certaines contusions du crâne. Je n'ignore pas que toutes les tentatives opératoires de Pott n'ont pas été aussi heureuses; mais quelle est l'opération qui pourrait prétendre l'être toujours? C'est ici le lieu de rappeler ces judicieux conseils que son compatriote, Benjamin Bell, formule dans un ouvrage estimé (*Cours de chirurgie*, trad. de Bosquillon, 1796, t. III, p. 69) : « Lorsqu'on agit d'après des principes dont la vérité ne peut être contestée, il faut songer uniquement au danger imminent qu'on se propose d'éviter, ne pas s'arrêter au nombre des succès, et oublier toute autre considération pour ne s'occuper que de sauver le malade. Si on n'opérait que quand on est sûr de réussir, il en périrait beaucoup qu'on aurait pu sauver par le trépan;... toutes les fois qu'après y avoir mûrement réfléchi, il

paraît qu'il ne reste qu'un seul moyen de guérison, on doit y recourir sans balancer, quelque douteux qu'en puisse être le succès. »

Ainsi nous rencontrons dans tous les pays des chirurgiens éminents qui se prononcent hautement en faveur de la trépanation dans certaines contusions du crâne; cet accord est ici d'un grand poids; et rien, au milieu des difficultés du sujet, rien ne saurait mieux faire comprendre avec quelle profonde sagacité Hippocrate avait su juger la gravité d'un mal, souvent léger en apparence, et combien la doctrine de ce grand observateur est digne de notre attention.

Je pourrais arrêter ici cette discussion : mais certainement ma voix aura plus de chance d'être écoutée si je puis faire entendre, dans le même sens, la voix d'un de nos maîtres dont je suis heureux d'invoquer l'autorité; je veux parler de M. Velpeau qui, en 1834, dans sa monographie sur la trépanation, a étudié la question sous une de ses faces, c'est-à-dire au point de vue de la nécrose. Il rapporte trois cas où cette nécrose du crâne entraîna la mort.

Obs. I. — Un garçon de seize ans se heurta violemment la tête contre une cheminée. Les signes de commotion qu'il présenta sur-le-champ se dissipèrent bientôt, et le lendemain il se crut guéri.

Mais la plaie ne se cicatrisa pas, et, au bout de quelques mois, on reconnut qu'elle reposait sur une portion nécrosée de l'occipital. D'autres symptômes survinrent du côté de la région cervicale, et la mort eut lieu le neuvième mois. Or la nécrose qui, baignant dans le pus par ses deux faces, n'avait qu'un pouce de diamètre, eût été facile à enlever avec le trépan; elle n'avait encore subi qu'un léger travail d'élimination.

Obs. II. — En 1833, on amena dans le service de M. Velpeau une femme de soixante-deux ans, qui portait, au-dessus de la bosse pariétale gauche, une plaie accompagnée de fracture et de nécrose dans l'étendue de quinze lignes. La blessure datait de trois semaines, et résultait d'un coup de pelle de cheminée. L'intelligence était altérée; il y avait de la somnolence, de l'hébétéude, mais point de paralysie. On ne crut pas devoir recourir au trépan. Quinze jours après, des symptômes de méningite se manifestèrent tout à coup, et la mort ne tarda pas à survenir. Une couche semi-purulente se remarquait par diffusion sur différents points des hémisphères; le point des lobes antérieurs correspondant à la plaie était en suppuration, et la dure-mère grisâtre et perforée. La nécrose eût été facile à cerner.

Obs. III. — En 1833, un paysan reçoit un coup de marteau à côté de la bosse occipitale; il entre dans le service de M. Velpeau. On distinguait une nécrose au fond de la plaie; mais comme il n'y avait pas

d'accidents, on ne crut pas devoir trépaner. Quelques symptômes inquiétants alternèrent avec un état de bien-être parfait, durant six semaines; puis une méningite se déclara et entraîna la mort.

M. Velpeau avoue qu'il a peine à se défendre de l'idée que si ces malades avaient été trépanés avant le développement de la phlegmasie cérébrale, ils eussent probablement survécu; et certes tout ce qui précède dans notre mémoire milite puissamment en faveur de cette conclusion. Voici maintenant, en regard des faits cliniques, les règles que croit devoir poser l'honorable professeur: « Souvent, dit-il, il ne se dépose sous l'os contus qu'une couche mince de liquide, et le malade n'est affecté que d'une simple nécrose qui peut se détacher à la longue, mais qui, abandonnée à elle-même, devient souvent la source d'accidents nombreux, si même elle ne finit pas par amener la mort. L'emploi du trépan est d'autant plus positivement indiqué dans ce cas qu'on est certain d'agir sur le mal, et qu'il n'expose presque à aucun risque. Une nécrose qui comprend toute l'épaisseur des os du crâne est une cause incessante de mort. S'il est vrai qu'elle reste parfois latente et en quelque sorte ignorée de l'organisme, il l'est aussi qu'elle peut amener des abcès, des érysipèles, des fusées purulentes au dehors, des foyers ichoreux, l'inflammation des méninges ou du cerveau, à l'intérieur. Le trépan n'eût-il d'autres avantages alors que d'offrir une issue aux liquides qui suintent ou peuvent suinter du côté de la dure-mère, il ne faudrait pas hésiter à y recourir; mais il peut faire mieux, il peut enlever la totalité du mal et mettre la nature en état de procéder activement à la fermeture du crâne. Pour moi, je suis disposé à soutenir qu'une nécrose des deux tables des os du crâne est par elle-même, qu'elle soit ou non accompagnée de phénomènes de compression, une indication fondée de trépanation. » (*Du trépan dans les plaies de tête*, 1834.)

On ne saurait être plus affirmatif que M. Velpeau; je n'ignore pas qu'il ne tient plus le même langage dans sa *Médecine opératoire* (3 vol., 1839). Mais on serait mal autorisé à vouloir mettre en opposition l'auteur de 1834 et le professeur de 1839. Je m'explique parfaitement les différences qu'ils présentent: l'un, ayant à rédiger un traité technique général, n'a pu aborder pour chaque question toutes les circonstances de détail; l'autre au contraire, ayant à composer une monographie, avait pour devoir d'entrer dans de plus amples développements et d'approfondir de son mieux tous les points de son sujet; ce qui donne du prix à ses conclusions, c'est qu'ici son avis est plus étudié.

En résumé, l'ensemble des accidents que nous avons vus résulter des contusions du crâne, et qu'une chirurgie active peut prévenir

ou dissiper, montre surabondamment la haute importance d'une intervention opportune de l'art. C'est un enseignement précieux tiré de la chirurgie d'Hippocrate ; il prouve une fois de plus combien elle est féconde et combien les vues de ce grand maître sont dignes de nos méditations. C'est une indication opératoire nouvelle ou, si l'on préfère, renouvelée, qui mérite d'être enregistrée et examinée de nouveau. La science moderne, en la laissant tomber dans l'oubli, a commis une faute qu'elle devra réparer.

Assurément je n'ai pas la prétention d'avoir tranché en dernier ressort cette grave question, car un effort individuel comme le mien ne saurait avoir une telle prérogative. J'ai du moins l'espoir de l'avoir consciencieusement étudiée et fait une œuvre utile en rappelant une tradition oubliée, et de l'avoir, en la dégagant de toute hypothèse, replacée sur son véritable terrain, celui de la pratique de l'art qui nous intéresse toujours, enfin de l'avoir entourée d'assez de témoignages et de faits pour lui assurer une valeur et une autorité que ne sauraient récuser les esprits sérieux les plus sévères. Dans cette conviction, j'ai cru devoir porter la cause devant la Société de chirurgie : si elle doit triompher, comme je l'espère, nul autre tribunal ne sera plus apte à la connaître et à la juger.

Discussion sur l'opération du trépan.

M. LARREY lit la première partie d'un travail sur l'opération du trépan.

PRESENTATION DE PIÈCES.

M. MARJOLIN présente deux pièces pathologiques relatives :

- 1° A un abcès tuberculeux de la partie supérieure du tibia ;
- 2° A des fongus multiples des os du crâne.

La séance est levée à cinq heures et un quart.

Le secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 1^{er} MAI 1867.

Présidence de M. LEGUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine.

M. LEGUEST. La Société voudra bien se rappeler, je l'espère, que je suis un des chirurgiens d'armée qui rejettent et combattent cette opinion que les fractures du fémur par coups de feu nécessitent toujours l'amputation de la cuisse. J'ai été beaucoup plus loin que tous mes collègues dans la voie de la chirurgie conservatrice ; et je crois avoir démontré d'une manière générale que les fractures du fémur par coups de feu, traitées par la conservation des membres, ne sont pas plus funestes que les amputations ; et que les amputations donnent des résultats moins satisfaisants que la conservation dans les fractures par coups de feu de la moitié supérieure du fémur.

Ces principes, exposés par moi dans diverses publications et notamment dans mon *Traité de chirurgie d'armée*, ont été pris en grande considération par les chirurgiens américains, pendant la guerre de la sécession. C'est à cela, sans doute, que je dois l'honneur d'avoir reçu de M. le docteur George A. Otis, conservateur du musée médical de l'armée à Washington, les magnifiques photographies que je mets sous les yeux de la Société.

On sait quelle haute intelligence a présidé à la direction du service de santé des armées américaines, sous les auspices de M. William Hammond d'abord, puis de M. Barner. Entre toutes les choses utiles accomplies ou fondées par les chirurgiens en chef des États-Unis, il faut citer le musée médical militaire, qui au 1^{er} janvier 1863 ne comptait pas moins de 1344 pièces anatomo-pathologiques de blessures de guerre.

Un atelier de photographie annexé à ce musée a reproduit les cas de chirurgie militaire les plus intéressants et le résultat de leur traitement.

Au nombre des photographies qui m'ont été envoyées, s'en trouvent vingt-trois représentant les résultats de fractures du fémur par coups de feu, traitées par la conservation du membre ; la plupart sont des fractures du tiers supérieur. Toutes ces photographies, qui sont de grande dimension, portent, collée au verso, l'observation imprimée du cas qu'elles reproduisent. Elles ont pour moi un grand intérêt, puisqu'elles viennent à l'appui de mes opinions ; elles n'en auront pas moins, je pense, pour la Société de chirurgie tout entière.

DISCUSSION SUR LE TRÉPAN (SUITE).

M. LARREY termine la lecture de son *Mémoire sur le trépan*, dont il présente l'analyse sommaire et les conclusions :

« J'ai cherché dans cette étude, dit M. Larrey, à coordonner les nombreux matériaux que j'avais amassés depuis plus d'une tren-

taine d'années, dans la pratique militaire surtout, pour les soumettre au jugement de la Société de chirurgie.

« Je n'ai pas seulement examiné, à mon point de vue, la question du trépan, restreinte, dans la discussion, aux fractures du crâne avec enfoncement, j'ai cru que toutes les lésions traumatiques de la tête pour lesquelles cette opération était discutable avaient entre elles, sous ce rapport, une solidarité plus ou moins étendue. C'est pourquoi il m'a paru tout à fait utile d'apprécier les indications et les contre-indications du trépan pour chaque lésion du crâne, malgré les difficultés d'une telle entreprise et malgré les incertitudes de la vérité, au milieu des opinions les plus contradictoires.

« Mais je suis responsable seulement de mon opinion personnelle, fondée toutefois, je dois le dire, sur la grande expérience de mon père, qui, ayant vu des milliers de blessures de la tête, n'avait eu recours au trépan que dans un très-petit nombre de cas, et d'après des indications bien précises.

« Les contusions du crâne, simples ou compliquées, les fractures avec ou sans enfoncement, la pénétration des corps étrangers dans la cavité osseuse, les épanchements sanguins, les lésions du cerveau, commotion, contusion, compression, les accidents nerveux, céphalalgie, convulsions, délire, épilepsie, les accidents inflammatoires de méningite ou d'encéphalite, avec ou sans épanchement purulent, et enfin la paralysie traumatique : telle est la série des lésions dont j'ai tâché de déduire autant de propositions relatives au trépan.

« Je rappelle l'époque à laquelle l'opération peut être faite, la proportion des cas de trépanation au nombre des blessures du crâne, et les résultats de la statistique, d'ailleurs si controversée.

« Les abus, les accidents, les difficultés même, et enfin l'insuffisance de cette opération grave, à mon avis, deviennent autant d'arguments pour en restreindre l'emploi, si précieux alors, à des indications de nécessité bien reconnue.

« C'est dans cette pensée, c'est avec cette conviction que je recommande essentiellement de recourir d'abord à toutes les ressources de la thérapeutique, susceptibles, selon moi, de suppléer avec avantage, dans la plupart des cas, à l'opération du trépan.

« Je cite, pour preuves à l'appui, bon nombre d'observations empruntées à la chirurgie française, surtout à la chirurgie militaire, et plus particulièrement à la pratique de mon père, ainsi qu'à la mienne, témoignant en définitive combien j'ai le désir d'avoir contribué utilement à l'une des discussions les plus importantes de la Société de chirurgie.

« Les conclusions que je me crois en droit de formuler, d'après ce

long mémoire, ont pour base trois conditions fondamentales comme indications du trépan, à savoir :

« 1° La nécessité de l'opération ; 2° la persistance des accidents ; 3° l'insuffisance des autres ressources, dans les cas suivants :

« 4° Les fractures du crâne, soit par perforation plus ou moins profonde, soit avec enfoncement des fragments, lorsque la déchirure de la dure-mère ou la lésion du cerveau provoque des accidents graves et continus, sans que les tentatives de redressement soient possibles par d'autres moyens ;

« 2° Les fractures avec enclavement des corps étrangers ou des projectiles dans l'épaisseur ou dans la cavité du crâne, si l'extraction ne peut en être faite autrement ;

« 3° Les lésions localisées de la tête, ou les contusions du crâne, compliquées d'accidents immédiats et persistants de contusion ou de compression du cerveau, soit avec épanchement reconnaissable, soit avec hémiplegie prolongée, pourvu que l'emploi préalable de tout autre traitement actif devienne insuffisant.

• « Les contre-indications du trépan seraient :

« 1° Les lésions profondes de la tête, sans localisation extérieure du traumatisme, et fatalement mortelles ;

« 2° Les fractures reconnues ou présumables de la base du crâne,

« 3° Les fractures compliquées de la voûte crânienne, avec mobilité des fragments ou perte de substance osseuse, formant une sorte de trépanation accidentelle ;

« 4° Les cas d'enfoncement des os ou de pénétration de corps étrangers, si le redressement ou l'extraction en est praticable par d'autres moyens mécaniques ;

« 5° Toute fracture limitée ou même étendue, qui ne serait compliquée d'aucun accident de compression ;

« 6° La commotion cérébrale, comme l'inflammation aiguë du cerveau et des méninges.

« La conclusion générale qui, en définitive, résume pour moi toutes les autres, c'est que l'opération du trépan, si salutaire, si indispensable quelquefois, n'est pas toujours sans gravité par elle-même, et doit être réservée à des cas bien définis ou bien déterminés, mais non entreprise au hasard ou de parti pris, dans des cas douteux ou désespérés, sous peine d'aggraver le plus souvent les complications et de hâter une terminaison funeste.

« C'est, au contraire, l'application active et trop de fois négligée des autres ressources de l'art qui peut, dans la plupart des circonstances, seconder les merveilleux efforts de la nature pour la guérison des blessures les plus graves de la tête. Voilà ce que je crois vrai.

« Puissé-je l'avoir démontré en faveur des progrès de la chirurgie conservatrice, à laquelle j'ai voué tous les efforts de ma carrière. »

La Société décide que le travail de M. Larrey sera imprimé dans ses mémoires.

M. le Président prononce la clôture de la discussion.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 8 MAI 1867.

Présidence de M. LEGUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux de la semaine ;

La Gazette médico-chirurgicale de Toulouse, 4 mai 1867 ;

La Revue médicale de Toulouse, avril 1867 ;

L'Union médicale de la Provence ;

Les Archives générales de médecine, mai 1867 ;

Les Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 2^e série, t. III, 1866 ;

Rapport sur un mémoire de M. le docteur Chassin, concernant le pinto du Mexique, par le baron Larrey.

— **M. LE PRÉSIDENT** annonce à la Société que MM. Michaux (de Louvain) et Bernard Beeck (de Fribourg en Brisgau) assistent à la séance.

M. CLOQUET. J'ai l'honneur d'offrir en hommage à la Société de chirurgie un exemplaire du discours que j'ai composé, au nom de l'Institut, à l'occasion de la mort de M. le professeur Jobert (de Lamballe).

LECTURE.

M. LEROUX, chirurgien à l'hôpital de Versailles, donne lecture d'un travail ayant pour titre : *De l'emploi du bichromate de potasse dans le traitement de la syphilis secondaire*. Ce travail est renvoyé

à une commission composée de MM. Perrin, Verneuil et de Saint-Germain, rapporteur.

Discussion sur le traitement de la syphilis.

M. CULLERIER a adressé la lettre suivante :

Voici ce que j'ai écrit dans mon ouvrage :

Le chancre induré une fois établi, que faut-il faire ? La pratique généralement acceptée est de soumettre immédiatement le malade au traitement mercuriel. On s'appuie sur ce fait que je reconnais : le chancre est déjà la vérole ; il faut donc le plus tôt possible attaquer celle-ci, et à cette période, le moyen par excellence c'est le mercure.

Pour moi, la question n'est pas aussi simple, et, quoique je sache bien les résistances que je rencontrerai et chez les malades et chez les médecins eux-mêmes, je ne crains pas d'avancer une opinion diamétralement contraire. Je ne traite pas le chancre par le mercure, et voici sur quoi je me fonde : le mercure administré dès le début, avant l'apparition des accidents secondaires, en trouble l'évolution régulière, les retarde souvent, mais ne les prévient pas ; tôt ou tard ils paraîtront. Je sais bien qu'en restant inactif on a à se demander si les accidents à venir ne seront pas plus graves, et c'est cette crainte qui fait instituer le traitement mercuriel dès que l'induration est bien caractérisée. J'ai longtemps suivi cette manière de faire, et ce n'est que parce que j'ai vu maintes fois des phénomènes secondaires très-légers chez des individus indemnes de traitement mercuriel, tandis que j'ai observé ces mêmes accidents et très-intenses et très-persistants chez des malades mercurialisés pour leur induration, que j'ai renoncé à cette pratique. que je me contente de traiter l'induration localement, et que ce n'est que lorsque la maladie a suivi son cours naturel, à la première apparition des accidents dits secondaires sur la peau et sur les muqueuses, que j'administre le traitement interne, et j'ai remarqué qu'alors celui-ci est mieux supporté et que la maladie est modifiée, atténuée d'une manière bien plus rapide et bien plus durable ; car le mercure n'est pas un préservatif de la syphilis : il en attaque seulement les manifestations plus énergiquement que toute autre médication.

Je rappelle ce que j'ai déjà dit : qu'il y a des chancres indurés, quoique ce soit rare, qui ne sont pas suivis d'accidents généraux, de sorte qu'après un chancre induré traité par le mercure, si aucun symptôme ne se fait voir, on est naturellement porté à attribuer à la vertu du traitement ce qui n'est dû probablement qu'à l'effort de l'économie, qui a triomphé de l'empoisonnement diathésique.

Si l'état général du malade fournit quelques indications, il faut se hâter de la remplir, afin de préparer l'économie à la lutte qu'elle va avoir à supporter; les toniques, les anti-strumeux seront ici fréquemment prescrits et souvent avec avantage.

Mais si je conseille de s'abstenir du traitement général pour les chancres, je crois que, lorsque les manifestations de l'empoisonnement constitutionnel se font voir, c'est le moment d'y avoir recours : c'est dire que, dans les syphilides, le moment est venu de le mettre en usage, et, par là, je rentre dans la question posée par M. Dolbeau. Je suis partisan du mercure, bien que je reconnaisse que certains symptômes cutanés et muqueux peuvent disparaître sans l'intervention de ce médicament. Il suffit d'avoir observé dans la pratique nosocomiale, pour être pénétré de cette vérité : c'est ainsi que j'ai vu bon nombre de fois, tant à l'hôpital de Lourcine qu'à celui du Midi, des individus dans l'adolescence ou dans l'âge adulte nous arrivant avec des plaques muqueuses, de la roséole, ou même avec une syphilide papuleuse non encore traitée, être pris dès leur entrée d'une maladie aiguë intercurrente, fièvre typhoïde, pleurésie, arthrite ou autres, pendant lesquelles il était impossible de songer au traitement spécifique, et chez ces individus, les accidents syphilitiques avoir entièrement disparu pour ne plus jamais se reproduire, sans que pourtant ils aient pris la moindre quantité de mercure; on connaît aussi l'éloignement invincible de certains malades de la pratique particulière pour les préparations hydrargyriques qu'ils ont en horreur, et pourtant beaucoup d'entre eux guérissent sans elles.

Mais comme tous les malades n'ont pas le même bonheur, comme le médecin ne sait jamais jusqu'où ira une syphilide, même légère à son début, la prudence doit l'emporter sur la théorie et sur les préventions, et si l'on a dans ses mains, si ce n'est l'antidote, au moins jusqu'à présent le meilleur médicament à lui opposer, ce serait être coupable que de ne pas y avoir recours.

C'est par des symptômes du côté de la peau et des muqueuses dans lesquelles on trouve les différents groupes de nos syphilides actuelles, que fut caractérisée la grande épidémie du quinzième siècle, et les auteurs qui nous en ont donné la description nous apprennent que la saignée, les purgatifs et les bains, et surtout les applications locales d'onguents de toutes sortes, constituèrent pendant quelque temps le seul traitement qu'on lui opposât.

Cependant le mercure, qui déjà antérieurement avait triomphé de quelques maladies cutanées très-rebelles, fut employé de nouveau, bien qu'assez timidement d'abord, et il eut des succès : c'était l'onguent Sarrazin en applications locales et en frictions. C'était le cy-

naître en fumigations; plus tard, quelques préparations à base d'oxyde de mercure, telles que la poudre rouge de Vigo, la poudre angélique de Masson, furent administrées à l'intérieur.

Peu à peu les préceptes relatifs au traitement mercuriel se régularisèrent, et l'on peut dire que depuis, malgré bien des tendances d'oppositions périodiques, il est constamment resté dans la pratique. Aveugle quelquefois, inutile souvent, il a rendu trop de services pour qu'après des éclipses momentanées on ne se soit pas empressé d'y recourir de nouveau.

Ainsi les bois sudorifiques, tels que le gaïac et plus tard la squine et la saïseparville qu'on chercha à lui substituer, eurent pendant quelque temps de bons résultats; mais leur insuffisance avérée dans les cas graves fit qu'on revint aux préparations mercurielles. Ainsi, pendant le règne éphémère de la médecine physiologique, le mercure fut à peu près banni du traitement antisyphilitique, ce qui n'a rien d'étonnant à cette époque, où le virus syphilitique lui-même était ou révoqué en doute ou nié complètement. Les exagérations de la médecine physiologique ont passé, et le mercure est resté tout-puissant.

Ainsi, de nos jours encore, lorsque l'iodure de potassium est entré dans la thérapeutique antisyphilitique, on a pu croire un moment que c'en était fait du mercure, mais peu de temps a suffi aux vrais observateurs pour reconnaître que ces deux médicaments, héroïques dans le traitement de la syphilis, ne pouvaient pas s'adresser aux mêmes phases de la maladie, qu'ils ne se suppléaient pas l'un l'autre, et que d'un effet vraiment merveilleux dans certains cas, ils sont inutiles, quelquefois même dangereux dans d'autres; le tact médical que donne seule la pratique étant de les administrer à propos.

Dans mon service au Midi, j'ai suivi les errements que j'avais commencés à l'hôpital de Lourcine, dans l'emploi du mercure à l'intérieur. Dans la crainte très-fondée que les pilules ne soient pas avalées, j'ai donné le mercure sous forme de sublimé et c'est la liqueur de Van Swieten que j'employais, parce que, comme on peut faire parler le malade immédiatement après la lui avoir fait prendre, on est plus sûr qu'elle a été absorbée en totalité.

Les malades affectés de syphilis doivent toujours être placés dans de bonnes conditions hygiéniques; leur régime doit être sévère, mais cependant pas trop débilitant. Ainsi les viandes rôties, le vin généreux, seront permis avec avantage. Il faudrait joindre autant que possible l'habitation dans un lieu sain et privé d'humidité; l'exercice sera favorable pour entretenir toutes les fonctions et particulièrement celles de la peau, si souvent prises dans la syphilis. En un mot, la

méthode hygiénique recommandée par M. Diday, plus le mercure, seront mis en usage.

M. LE FORT. La Société de chirurgie doit commencer aujourd'hui la discussion sur l'utilité des mercuriaux dans le traitement de la syphilis. Autorisé moralement par les opinions émises par quelques chirurgiens français et étrangers et par quelques-uns de nos collègues, j'ai voulu voir par moi-même quelle était en réalité l'utilité de ce traitement. Dans ce but, j'ai cessé, depuis deux mois, d'administrer des mercuriaux aux malades de mon service à l'hôpital du Midi.

Aujourd'hui, ma conscience m'empêche de continuer plus longtemps une expectation qui m'a donné des résultats déplorables, et que je crois concluants. L'expérience qui ressort de ces faits ne doit pas être perdue ; nous avons tous ici le désir d'élucider scientifiquement une question scientifique, je demande à la Société de vouloir bien nommer une commission qui pourra visiter mon service, à laquelle je communiquerai toutes les observations de mes malades, et à la disposition de laquelle je me mets entièrement.

Après une courte discussion, la Société passe à l'ordre du jour.

M. LE PRÉSIDENT. Il y a déjà plusieurs semaines que la discussion sur la syphilis est pendante ; je prie donc M. Dolbeau de résumer brièvement les conclusions de son travail, afin de mieux préciser les termes sur lesquels le débat devra porter.

M. DOLBEAU. Vous savez, messieurs, combien l'étude de la syphilis a fait de progrès depuis une trentaine d'années ; il ne m'appartient pas de déterminer quelle part au juste revient à l'école du Midi, mais je me plais à déclarer que c'est grâce à l'impulsion des chefs de cette école que les grandes questions de la pathologie vénérienne ont été soumises à l'observation clinique avec des résultats qu'on peut déclarer satisfaisants. Certes, l'étude de la syphilis a fait d'incontestables progrès, il m'a semblé toutefois que la question du traitement n'avait point marché de pair avec la pathologie ; il m'a paru qu'on avait, en thérapeutique spéciale, accepté sans contrôle suffisant les anciennes doctrines, et que le traitement de la vérole était absolument empirique. C'est pourquoi j'ai saisi l'occasion qui s'offrait à moi, en vous rendant compte de l'intéressant travail de M. de Saint-Germain, d'attirer l'attention de la Société de chirurgie sur le traitement de la syphilis.

Pour que la discussion ne s'égare pas, il est nécessaire de préciser les points principaux sur lesquels doit porter le débat. Il est une première proposition sur laquelle je désire fixer l'attention de la Société. Je regrette de formuler ici une opinion personnelle, car l'idée ne m'appartient en aucune façon : Il ne faut pas soumettre les malades

au traitement lorsque ceux-ci ne présentent autre chose que l'accident primitif. En effet, on ne peut jamais affirmer que le chancre, quels qu'en soient les caractères, sera ou non suivi de manifestations ultérieures. Le traitement mercuriel, administré préventivement, n'empêche pas le développement des accidents constitutionnels, il n'est pas démontré qu'il atténue l'évolution de la diathèse. Je repousse donc, pour ma part, le traitement dit préventif de la syphilis.

Lorsque les manifestations secondaires de la vérole ne laissent plus de doute sur l'existence d'une syphilis constitutionnelle, est-il nécessaire d'administrer les mercuriaux ? C'est là, messieurs, la question vraiment capitale de ce débat. Si j'en crois quelques objections que m'ont faites plusieurs personnes, j'ai lieu de supposer que ma pensée n'a point été bien comprise ; on a dit, par exemple, que je prenais la parole pour démontrer l'inefficacité du mercure dans le traitement de la syphilis secondaire. Telle n'est pas ma manière de voir. Je n'ai point eu la pensée de nier l'importance d'une médication que je considère comme très-énergique. Le traitement mercuriel est une ressource précieuse ; mon maître, M. Velpeau, a bien fait voir l'influence salutaire qu'exerce le mercure dans les phlegmasies des membres, dans certaines ophthalmies, etc. Loin de nier l'efficacité du traitement mercuriel, je la proclame hautement, je pense même que cette médication facilite la disparition des accidents secondaires de la syphilis. Ce que j'ai dit dans mon rapport je le répète ici : le mercure n'est point un antisiphilitique ; il n'empêche point le développement de la syphilis ; pendant qu'on administre ce médicament, longtemps après qu'on en a fait usage, de nouvelles manifestations démontrent que la diathèse persiste, que le mercure n'a point troublé l'évolution de la vérole, et que l'action du médicament se résume à faire disparaître les accidents secondaires. Je dirai donc, rappelant en cela une expression de M. Ricord : Le mercure ne guérit point la vérole, c'est parfois, mais pas toujours, un bon moyen de blanchir les malades.

Le mercure n'étant point un antisiphilitique et son emploi n'étant pas toujours sans inconvénient, j'aurais certaine tendance à ne point conseiller ce médicament dans le traitement de la syphilis secondaire. Cependant je n'ose point encore me déclarer partisan de l'expectation dans le traitement de la syphilis secondaire et, en effet, j'ai expérimenté le bichromate de potasse.

M. Lefort nous déclarait tout à l'heure qu'il ne lui est plus possible d'abandonner ses malades aux seuls efforts de la nature ; je me joins à nos collègues pour le prier de nous apporter ici ses observations, car, pour ma part, j'ai une grande tendance à traiter la syphilis secondaire en employant seulement les toniques et les topiques.

Ma seconde proposition est donc celle-ci : Le mercure n'est point un antisypilitique.

Après une série de manifestations sur la peau et sur les membranes muqueuses, la vérole peut continuer son évolution, et l'on observe alors une série d'accidents rares qui portent le nom d'accidents tertiaires.

Le traitement mercuriel ne s'oppose pas à l'apparition de ces accidents tardifs, mais l'iodure de potassium est un moyen le plus souvent héroïque. On a supposé que l'action de l'iodure de potassium était subordonnée à l'usage du mercure pendant la période secondaire, aussi le traitement qu'on appelle ainsi a-t-il dû son institution à l'idée que les deux médicaments se prêtaient un mutuel concours dans le traitement de la vérole.

Les faits que j'ai observés n'ont point confirmé cette doctrine ; je pense donc que l'iodure de potassium est un agent très-précieux, mais que son action n'emprunte rien à l'usage du mercure administré au début de l'infection syphilitique.

Voici, messieurs, le résumé de mes opinions : je ne crois plus guère à la nécessité de faire usage du mercure dans le traitement de la syphilis. Je veux cependant faire une réserve et, en cela, je fais appel à l'expérience de nos collègues qui s'occupent spécialement d'accouchements : quels sont les résultats du traitement mercuriel chez les femmes grosses ? Quelle foi faut-il avoir dans ce même traitement lorsqu'il s'agit de jeunes enfants atteints de syphilis ?

M. MAURICE PERRIN. Il y a deux mois environ, M. Dolbeau, à propos d'un travail de M. de Saint-Germain sur l'érosion chancreuse, s'est élevé de l'objet spécial de son rapport, à des considérations générales fort graves, qui dominent le traitement de la syphilis. Appuyé sur son expérience personnelle, notre collègue conteste l'efficacité du mercure dans le traitement préventif de la syphilis et dans le traitement curatif des accidents secondaires. On peut le dire sans exagération, c'est frapper de déchéance l'une des croyances les plus accréditées de la pratique médicale, c'est toucher à la base des doctrines régnantes en matière de syphilis. Les nombreux et excellents travaux destinés à faire connaître les différentes espèces ou les différentes formes du chancre, à tracer les caractères des manifestations secondaires, perdraient de la sorte beaucoup de leur importance clinique et rentreraient dans le domaine de la philosophie médicale.

A quoi bon, en effet, savoir distinguer le chancre infectant de celui qui ne l'est pas, si l'un et l'autre ne réclament que le même traitement local ? Évidemment on simplifie beaucoup de la sorte l'étude de la syphilis. C'est sans doute dans ce sens que l'un de nos

collègues attribuait aux opinions de M. Dolbeau l'inconvénient de prêter appui aux guérisseurs sans mercure, et de faire de la syphillographie à l'usage des ignorants. J'avoue que cette considération me touche peu. Si l'étude des maladies vénériennes était ainsi simplifiée, sans inconvénient ou avec avantage pour le malade, qui pourrait s'en plaindre? Nous y gagnerions des loisirs qui ne resteraient pas sans emploi dans cette question si vaste, si obscure encore de la syphilis.

Les idées émises par M. Dolbeau sont loin d'être nouvelles, ainsi qu'il le rappelait lui-même. Elles étaient une conséquence naturelle des doctrines de l'école physiologique. Aussi, du temps de Broussais, traitait-on déjà la vérole sans mercure et par les antiphlogistiques. Desruelles, entre autres, n'eut guère d'autre pratique à l'hôpital du Val-de-Grâce; son livre sur les *Maladies vénériennes* l'indique suffisamment, et ses contemporains, que j'ai interrogés à cet égard, témoignent qu'il guérissait tout aussi bien ses malades, sans encourir les inconvénients ou les risques des salivations excessives fort en honneur en ce temps-là. Depuis lors, pour ne parler que de la France, les mêmes idées ont eu surtout pour chaleureux défenseur un observateur attentif et un homme de talent, M. Diday de Lyon.

Et pourtant, je dois le dire, ce n'est pas sans une véritable émotion que j'ai écouté la communication de M. Dolbeau. Dans nos discussions habituelles, la santé ou tout au plus la vie de l'individu sont en jeu. Ici, il s'agit d'un mal plus profond qui s'attaque à l'espèce elle-même, et qui, selon qu'il est bien ou mal traité, peut avoir des conséquences sociologiques incalculables.

Soumettre sans motif, et comme par routine, à l'usage d'un agent énergique comme le mercure, la populeuse tribu des vérolés, n'est-ce pas affaiblir systématiquement l'individu et peut-être introduire une cause réelle de dépérissement dans les masses? Et d'un autre côté renoncer au traitement mercuriel sans des raisons dix fois convaincantes, n'est-ce pas retourner aux plus mauvais jours des temps passés?

A la vérité, M. Dolbeau nous a rassuré un peu par cette présomption consolante que le virus syphilitique perd progressivement de son activité au fur et à mesure qu'il se dilue à travers les générations. Si je ne me trompe, ce fait ne serait pas sans analogues en physiologie pathologique. Je l'accepte donc de grand cœur, mais je ne m'y fie pas. Incontestablement, les suites de la syphilis sont aujourd'hui moins graves qu'elles ne l'étaient autrefois. Remarquez que je ne fais pas allusion ici à la proportion des syphilitiques qui a pu diminuer par suite de causes contingentes, telles que l'augmentation du bien-être général, l'élévation du niveau intellectuel et moral des masses, et surtout, je

crois, l'institution de mesures de police sanitaire plus efficaces. Je veux seulement parler de la gravité des suites éloignées de l'infection syphilitique. Mais cette différence provient-elle de ce que la semence a perdu de son activité, de ce que le terrain est moins propice, ou bien de ce que le traitement est meilleur. Je laisse à d'autres le soin d'en décider. Mais je dirai pourtant qu'en consultant l'histoire de la syphilis, on serait conduit à attribuer au traitement mieux dirigé les immunités dont nous jouissons. La plupart des auteurs s'accordent à reconnaître que la vérole est vieille comme l'humanité, et quelques érudits ont même l'irrévérence de soupçonner que le saint roi David eut tant soit peu à souffrir de ses atteintes. Malgré cette haute antiquité, elle franchit une longue série de siècles sans rien perdre de son activité, ainsi qu'en témoignent les relations de plusieurs épidémies qui sont parvenues jusqu'à nous, et en particulier de celle qui sévit en France en 1494. Ce n'est qu'à partir du seizième ou du dix-septième siècle, c'est-à-dire à l'époque où le traitement mercuriel prévalut définitivement, que le mal s'atténua progressivement pour devenir ce qu'il est aujourd'hui. Mais je laisse de côté cette induction rétrospective pour arriver au point spécial qui nous occupe.

Sans plus tarder je commence par déclarer que les faits qu'il m'a été donné d'observer m'ont conduit, j'allais dire malgré moi, à des conclusions qui se rapprochent beaucoup de celles de M. Dolbeau. Pour vous mettre mieux à même d'apprécier le bien ou mal fondé de mon jugement, il me semble utile d'entrer dans quelques détails sur les circonstances dans lesquelles il s'est formé.

En 1858, je fus chargé de la direction du service des vénériens à l'hôpital du Val-de-Grâce. Ce service contenait une centaine de lits, environ. J'arrivais là tout imbu, j'allais dire tout enthousiaste encore, des doctrines de l'hôpital du Midi. J'estime que beaucoup d'entre nous ont dû commencer par là ; c'est si simple, c'est si net et si séduisant pour l'esprit ! Je ne tardai pas à rencontrer de nombreux mécomptes, tant au point de vue de la classification des chancres, de la transmission des accidents secondaires précoces, que de l'efficacité du traitement mercuriel. Ils se multiplièrent au point de ne laisser dans mon esprit que trouble et embarras. Sur ces entrefaites parurent les lettres de M. Diday sur la syphilis ; dans ce recueil chaleureux, passionné peut-être, la valeur des préparations mercurielles dans le traitement préventif du chancre induré et dans le traitement curatif des accidents secondaires est vivement remise en question. C'était, comme vous le voyez, une partie de mes doutes qui avait pris un corps sous cette plume exercée. Le seul parti à prendre était de rechercher où se trouvait la vérité ; c'est ce que je fis dans la limite de mes res-

sources. J'avais deux salles contiguës et de contenance à peu près égales. Je donnai du mercure dans l'une, je le proscrivis dans l'autre. Cette sorte d'isolement relatif me mettait à l'abri d'une objection qui a été faite à propos d'une autre question, à savoir, que les vapeurs mercurielles répandues dans l'atmosphère, si l'on fait usage de frictions surtout, peuvent impressionner les malades traités par l'abstention.

Ces dispositions furent prises vers le mois d'octobre 1858. A partir de ce moment, je tins compte des faits de part et d'autre, et, dans l'espace de quatre années, je parvins à avoir des renseignements sur 470 syphilitiques traités dans mes salles.

Je n'ose qualifier du titre d'observation ces notes consignées au jour le jour sur les cahiers de visite. Ce serait un titre trop ambitieux. Aucune d'elles ne renferme l'histoire complète de la maladie. Il ne s'agit que de son passé et d'une durée limitée de son présent. C'est assez dire qu'elles sont insuffisantes pour ajouter un trait nouveau à l'histoire de cet être abstrait qui s'appelle diathèse syphilitique. Mais elles sont fondées à nous dire quelles sont les suites prochaines d'un chancre induré, selon qu'il est abandonné à lui-même ou traité par le mercure, et de même ce que deviennent les manifestations secondaires abandonnées à elles-mêmes, ou livrées à l'agent spécifique; en d'autres termes, à juger comparativement le traitement par l'abstention et le traitement mercuriel. Là est toute la question posée par M. Dolbeau. On a fait à notre collègue une objection qui ne me paraît pas fondée : Vos malades ne sont pas guéris, lui a-t-on dit, l'ennemi sommeille dans la place ; il révélera plus tard sa présence par des atteintes plus graves, plus invétérées ! Cela est parfois vrai. Mais quelle est donc la méthode de traitement qui serait fondée à promettre une guérison radicale ? Pour bien préciser les termes du débat, je dis qu'on ne peut discuter avec connaissance de cause sur le traitement de la syphilis qu'en prenant ses manifestations pour guide exclusif. C'est de la vérole en acte et non de la vérole en puissance qu'il s'agit. Se prononcer, ou même émettre des appréciations sur l'état de la diathèse d'après certaines inductions, serait substituer à l'observation clinique des hypothèses empruntées au domaine de la fantaisie.

J'aborde maintenant les faits : 4° Traitement préventif. J'appelle de ce nom le traitement mercuriel institué dès que l'on a reconnu le caractère infectant du chancre, dans le but de prévenir ou d'atténuer les effets généraux de l'infection syphilitique. Ce traitement ne m'a donné qu'un résultat tout à fait négatif : que le malade ait été soumis au mercure ou abandonné à de simples soins hygiéniques, l'accident

primitif avec sa pléiade ganglionnaire symptomatique a suivi la même marche, et les premières manifestations constitutionnelles ne m'ont paru modifiées ni dans l'époque de leur apparition, ni dans leur forme, ni dans leur gravité. Ce fait important ne laisse aucun doute dans mon esprit. Le traitement préventif est sans objet. On a protesté et on protestera encore contre cette proposition. Mon Dieu, qu'un observateur attentif, au nom d'une expérience plus longue, plus judicieuse même, si l'on veut, vienne déclarer ici qu'il a vu tout le contraire, je suis tout prêt, je serai même tout heureux de recouvrer mes illusions perdues. Mais j'y mets une condition : c'est que cet observateur aura puisé sa conviction dans l'expérimentation contradictoire des deux méthodes de traitement mises en présence, car aujourd'hui j'en suis encore à me demander comment ceux qui ont eu et qui ont gardé la foi dans le traitement spécifique et qui par conséquent, fidèles à leur conviction, donnent du mercure pour tous les chancres infectants, peuvent se former une opinion aussi explicite sur la valeur de l'abstention. Jusqu'alors on s'est borné à faire des raisonnements à propos de la question. J'avoue qu'ils ne m'inspirent qu'une médiocre confiance, quand même ils affectent une forme métaphorique. L'un de nos honorables collègues croit au traitement préventif, et pour nous faire partager sa conviction, il nous a rappelé que c'était au moment de l'incendie qu'il fallait employer les pompiers. Oh! sans contradict; mais encore faut-il que l'incendie existe, et que les pompiers aient de l'eau dans leurs pompes. C'est précisément ce qu'il faudrait démontrer; car si, d'aventure, le mercure est inutile à ce moment, comme le croit M. Dolbeau, comme ma modeste expérience me l'enseigne, comme le pensent beaucoup d'observateurs, à quoi sert d'appeler les pompiers? Raisonner ainsi, n'est-ce pas admettre comme démontré ce qui précisément est en litige? Pour mon compte je ne saurais admettre, jusqu'à meilleure information, une influence quelconque du traitement préventif sur la marche de l'accident primitif et sur l'évolution ultérieure de la syphilis.

2° Traitement des accidents secondaires. J'entends parler ici des premières manifestations de la diathèse syphilitique, telles que la fièvre exanthématique, la roséole, les plaques muqueuses, l'angine, etc. Ces accidents ont de la tendance à disparaître spontanément. Je crois que ceci n'est contesté par personne. Mais quand ils sont abandonnés à eux-mêmes, ils durent plus longtemps que lorsqu'ils sont traités par le mercure. Je pourrais traduire numériquement la différence que j'ai obtenue, mais le chiffre qui l'exprimerait ne serait que la différence entre deux moyennes. Or les moyennes appliquées à la thérapeutique m'ont toujours représenté une surcharge stérile; peut-être

pourrait-on faire une exception pour celles qui reposent sur un nombre très-considérable de faits. Je me borne donc à dire qu'en général, lorsque l'on donne du mercure à un malade atteint d'angine syphilitique, de plaques muqueuses, etc., etc., l'amélioration et la guérison sont plus rapides. Cet avantage peut être diversement apprécié d'une façon générale; mais s'il est relativement peu important de gagner du temps quand il s'agit d'un exanthème syphilitique, n'est-il pas évident que, dans tel cas particulier, une angine par exemple, et par-dessus tout une irido-choroïdite, toute la valeur du traitement réside dans la rapidité de la rétrocession du mal ?

Le traitement mercuriel éloigne-t-il l'époque des manifestations ultérieures, en modifie-t-il la nature, en un mot exerce-t-il une action appréciable sur l'évolution de la syphilis ? Ce n'est qu'avec une certaine réserve que je risque une réponse à cette question, parce que, dans un assez grand nombre de cas, je n'ai pas revu les malades, malgré mes recommandations expresses de revenir me voir, et je ne sais s'il faut en conclure qu'ils sont restés guéris pendant la durée de mon séjour au Val-de-Grâce, ou bien s'ils ont changé de lieu, ou bien encore s'ils ont eu recours à l'arrière-boutique du pharmacien. Cependant, autant que j'ai pu en juger, je crois que le mercure ne modifie pas la marche de la syphilis. J'ai dans mes notes un certain nombre de faits dans lesquels des accidents secondaires ont reparu un mois après une première manifestation, malgré le traitement strictement continué. Il me revient à l'esprit en ce moment l'exemple d'un jeune homme qui me fut adressé de Vienne, par M. Sigmund, et qui, dans l'espace de trois mois, eut trois poussées syphilitiques successives. Le traitement mercuriel consistant en onctions mercurielles quotidiennes avait été continué, et si je m'en rapporte aux légitimes impatiences du malade, il avait été religieusement observé. Mais je n'insiste pas davantage sur de tels exemples, parce que je suis convaincu que chacun de nous en a observé de semblables. Cependant il convient d'ajouter que ces récidives à courte échéance sont rares. Pour les expliquer, la réponse est toute prête : ce sont des cas réfractaires au mercure !... Réfractaires assurément !... seulement est-ce le sujet ou la vérole ? Toute la difficulté est là, entre les naturistes et les doctrines classiques.

On a dit aussi que si le mercure ne neutralisait pas définitivement le virus syphilitique, du moins il troublait l'ordre, modifiait la nature et atténuait la gravité de ses manifestations. Grâce à lui, la syphilis, quand elle n'est pas jugulée d'emblée, s'épuiserait dans une série de manifestations de même ordre, de plus en plus éloignées, de moins en moins graves, sans que l'on ait à redouter les accidents secondaires

tardifs ou les accidents tertiaires qui en représentent les véritables dangers, et qui sont à peu près inévitables sans le mercure. D'un autre côté, les partisans de l'abstention, et en particulier M. Diday, soutiennent que la syphilis guérit d'elle-même avec ou sans traitement. Ce ne serait que dans quelques cas représentant l'exception qu'elle accomplirait le cycle fatal des accidents tertiaires, sans que le traitement mercuriel fût capable de l'en préserver. Je ne saurais me prononcer sur ces questions fort difficiles à juger, et décider qui a raison du génie du mal ou du traitement. Il faudrait plus de faits et une plus longue expérience que la mienne, mais cependant je ne puis m'empêcher de dire qu'entre les menaces sans justification de l'école classique et les paroles consolantes de l'école nouvelle, je ne puis qu'être entraîné vers cette dernière. Vous allez en juger : chez mes 470 syphilitiques, je n'ai rencontré que sept exemples d'accidents secondaires tardifs ou tertiaires. En voici l'énumération : syphilides pustulo-crustacées, 3 ; testicule syphilitique, 1 ; tumeurs gommeuses, 1 ; nécrose syphilitique du vomer et de la voûte palatine, 2. Sept sur 470. Ce chiffre montre combien sont rares dans l'armée les accidents éloignés de la vérole ; et pourtant la moitié de ceux que j'ai observés n'avaient pas pris de mercure. J'ajouterai même que le hasard a voulu que ces sept exemples d'accidents tertiaires aient suivi un ou plusieurs traitements mercuriels ; mais comme, à l'exception d'un, c'était à une époque antérieure à mon observation, je ne réponds de rien, car je ne puis dire si le traitement a été suivi ou seulement prescrit.

Ici une question subsidiaire m'a longtemps préoccupé. Faut-il limiter la durée du traitement mercuriel dirigé contre des manifestations secondaires à la durée même de ces manifestations, ou faut-il le continuer, dans l'espoir de modifier avantageusement l'état diathésique, pendant un temps fixé par l'école à trois mois, je n'ai jamais su pourquoi, ou limité par l'administration d'une quantité invariable de mercure, comme on le faisait autrefois sans plus de raison ? Cette pratique représente encore un véritable traitement préventif ; celui-ci est consécutif, l'autre est primitif. Les faits que j'ai rappelés plus haut, et j'ajouterai les faits de bien d'autres, témoignent que l'un ne vaut pas mieux que l'autre.

Je résume ce qui précède en disant que le mercure a l'avantage incontestable de faire disparaître plus vite les accidents secondaires, ce qui est quelquefois très-précieux ; que son administration doit être limitée par la durée de l'accident contre lequel il est dirigé.

Si j'osais risquer en passant une courte observation générale, je dirais que les mercuriaux sont impuissants à modifier cet état de

l'organisme inconnu dans sa nature, qui représente la diathèse syphilitique, mais qu'ils peuvent modifier avantageusement les manifestations par lesquelles il se révèle, parce que celles-ci ne représentent en définitive que l'un des modes du processus inflammatoire contre lequel les préparations mercurielles ont été recommandées de tout temps et jugées utiles.

Je crois devoir ajouter que, chemin faisant, j'ai étudié comparativement les diverses préparations mercurielles. Celle qui m'a le mieux réussi, au point de vue de ses effets et de sa tolérance, c'est la pommade mercurielle double, appliquée alternativement à la face interne des cuisses et des bras. L'action générale incontestable de cette préparation, la moins assimilable de toutes en apparence, est encore un sujet d'étonnement pour les physiologistes. Vous savez qu'on a voulu l'expliquer par cette supposition que les frictions nécessaires à son application enlèvent l'épiderme et mettent le derme à nu avec d'autant plus de facilité que, pour faire de la bonne pommade mercurielle, pour que le mercure s'éteigne bien dans le corps gras, il faut que celui-ci soit rance et par conséquent irritant. J'ai pris toutes les précautions pour voir ce qu'il y avait de fondé dans cette assertion. Je faisais fréquemment appliquer devant moi la pommade en onctions douces ; je faisais laver la plaie le lendemain avec de l'eau de savon tiède, et jamais je n'ai constaté la moindre altération de la peau, appréciable à l'œil nu, il est vrai. Dans d'autres cas, j'ai pris le soin de mettre la pommade mercurielle à l'abri du contact de l'air, à l'aide d'un large verre de montre.... Même résultat ! Je mentionne ce détail en passant, parce qu'il est relatif à un point qui me paraît demander encore de nouvelles recherches dans la question si obscure, si controversée de l'absorption cutanée.

Si j'ai bien vu et si les déductions puisées dans mon observation personnelle sont fondées, l'importance du traitement mercuriel appliqué à la syphilis serait singulièrement amoindrie. Et il vient naturellement à la pensée la question de savoir si ses avantages d'ordre secondaire compensent ses inconvénients.

Le mercure est incontestablement un modificateur énergique de l'organisme : ses effets toxiques ont été bien étudiés ; ils sont bien connus. Mais, tel qu'il est employé aujourd'hui dans le traitement de la syphilis, il est en vérité bien inoffensif. La santé générale des malades que j'ai soumis aux onctions mercurielles ne m'a paru différer en rien de celle des syphilitiques traités par l'abstention et l'hygiène. Cependant je n'irai pas jusqu'à dire qu'il est toujours exempt d'inconvénients. Je fais allusion en ce moment à la stomatite mercurielle. Sans doute on peut sûrement aujourd'hui préserver les malades de

ces salivations excessives que l'on recherchait autrefois ; mais il serait trop absolu de dire que, dans tous les cas, on évite assez complètement les accidents du côté de la bouche pour ne pas nuire à la mastication et à la nutrition. J'ai dans mes notes une dizaine d'exemples qui témoignent que, malgré l'emploi du chlorate de potasse en potion et en gargarisme, la stomatite mercurielle fut assez intense pour imposer des temps d'arrêt ou une suspension définitive du traitement. Quoi qu'il en soit, ce sont là des faits bien exceptionnels, et peu inquiétants.

Autant que j'ai pu en juger, le mercure me paraît sans inconvénient sérieux et, à plus forte raison, sans danger dans le traitement de la syphilis.

Pas d'inconvénients d'un côté, avantages secondaires de l'autre. Telle est la double considération qui me conduit à continuer l'usage du mercure dans le traitement curatif des accidents secondaires.

Comme conclusion, voici donc quelle serait ma pratique jusqu'à meilleure information :

- 1° Traiter l'accident primitif localement et attendre ;
- 2° Traiter les accidents secondaires par la pommade mercurielle à la dose quotidienne de 4 grammes, en y ajoutant comme correctif le chlorate de potasse en potion et en gargarisme ;
- 3° Limiter le traitement à la durée même des accidents pour lesquels il a été institué ;
- 4° Recourir au même moyen, employé de la même façon, à l'époque de chaque récurrence.

Je laisse volontairement de côté le traitement des accidents secondaires tardifs et tertiaires, parce qu'ils ne me paraissent être mis en cause que d'une façon indirecte dans cette discussion. Je n'aurais d'ailleurs, en ce qui les concerne, rien à ajouter à ce qui est connu et accepté généralement.

M. VERNEUIL. La communication de M. Dolbeau date déjà de quelques semaines, aussi l'auteur a-t-il cru nécessaire de la résumer aujourd'hui en quelques propositions sur lesquelles il désire faire porter le débat. Quoique le fond des idées reste le même, je crois remarquer des différences appréciables entre l'énoncé primitif et celui d'aujourd'hui. Ne prévoyant pas cette seconde allocution, j'avais rédigé d'avance la note que je vais avoir l'honneur de lire ; mes remarques et ma critique s'adressent donc au texte initial. C'est là qu'on retrouvera les passages que j'emprunte et que j'utilise pour les contredire.

Cet avertissement donné, j'entre en matière.

Le rapport de M. Dolbeau se compose de deux parties : dans la

première, consacrée à l'anatomie pathologique, notre collègue rappelle les formes primitives de l'ulcère infectant; dans la seconde, il aborde le problème difficile de la thérapeutique de la vérole.

Il est aujourd'hui définitivement acquis à la science que l'accident primitif de la syphilis se présente au moins sous trois formes principales :

L'érosion chancreuse à base indurée;

L'érosion chancreuse à base molle;

Le chancre humérien.

La première et la troisième variété sont les plus communes, et de beaucoup, mais la seconde n'est pas extrêmement rare; d'un diagnostic embarrassant, elle renverse, non pas la doctrine de la dualité chancreuse qui reste et restera vraie, mais la division dichotomique des chancres en *mous* et *indurés*, division trop exclusive, trop absolue, commode sans doute au lit du malade, mais capable d'engendrer des erreurs graves dans la théorie et dans la pratique.

M. de Saint-Germain et son rapporteur ont vu cette variété, et insistent sur ses caractères; ils l'ont rencontrée dans les deux sexes, aux petites lèvres, à la fourchette, au pénis, au pli péno-scrotal. Jusqu'ici point de contradiction, car tout le monde a observé des ulcérations à base molle suivies d'accidents secondaires, et plusieurs auteurs, M. Diday entre autres, ont déjà décrit soigneusement les aspects si variés de l'accident qui marque le début de la syphilis.

Il est un point toutefois sur lequel je demanderai quelques éclaircissements : M. Dolbeau nous dit avoir rencontré ces ulcérations infectantes molles sur les côtés du nez, au pavillon de l'oreille, à la lèvre inférieure. Or, ces faits méritaient mieux qu'une mention sommaire, car ils seraient de nature à infirmer cette règle, que *l'accident infectant céphalique est toujours induré*.

J'invite donc notre collègue à nous donner plus de détails : à nous dire par exemple si ces chancres céphaliques exceptionnels étaient accompagnés de l'induration spécifique des ganglions, s'ils furent et quand ils furent suivis d'accidents secondaires, etc. Pour ma part, je n'ai rien observé de semblable et je me demande s'il n'y a pas eu quelque méprise, consistant par exemple à prendre pour l'accident primitif un accident secondaire précoce; erreur que j'ai vu commettre, entre autres cas, à la lèvre inférieure et à la vulve.

Mais passons sur ce point et abordons la deuxième partie du rapport, relative au traitement de la syphilis.

M. Dolbeau s'y montre tantôt indécis, car il nous pose des questions, tantôt singulièrement affirmatif, car il tranche résolument des difficultés pendantes depuis des siècles.

Il importe avant tout de bien poser les questions.

Supposons tranchées les difficultés du diagnostic, l'accident primitif est reconnu infectant, l'apparition des manifestations secondaires est imminente et assurée. En un mot, le malade est dûment atteint et convaincu d'avoir la vérole.

Que faut-il faire présentement et dans la suite ?

Faut-il : 1° Commencer le traitement *hic et nunc* ;

2° Le différer jusqu'à l'éruption des accidents secondaires ;

3° Laisser passer ces accidents et attendre les manifestations tertiaires ;

4° Ne rien faire du tout ni jamais, et confier à la nature seule l'élimination du poison ;

En d'autres termes, faut-il adopter l'action immédiate, l'expectation modérée, l'expectation à outrance ou l'inaction absolue, véritable abdication de l'art ?

Puis, question collatérale, si l'on opte pour l'action, quel agent choisir ? Prescrira-t-on le mercure, donnera-t-on l'iodure de potassium ou le bichromate de potasse ou tout autre produit pharmaceutique plus ou moins empiriquement recommandé ?

Le débat s'engage d'abord entre les partisans de l'action immédiate qui veulent, aussitôt le diagnostic posé, commencer le traitement spécifique, et les partisans de l'expectation initiale, qui diffèrent ce traitement en se fondant sur les motifs suivants :

Il y a, disent-ils, des véroles faibles, des véroles moyennes et des véroles fortes. Les faibles guérissent seules ; quelques manifestations secondaires apparaissent, fugaces et bénignes, elles passent spontanément pour ne plus revenir, et tout finit ainsi. A coup sûr, le traitement spécifique semble ici tout à fait superflu. ~

Mais il y a aussi des véroles fortes : pour celles-là l'expectation pourrait paraître intempestive ; cependant, on la préconise encore par les raisons suivantes :

En présence d'un accident primitif, on ignore absolument si la vérole sera faible, moyenne, ou forte ; l'aspect extérieur du chancre, en effet, n'indique pas l'évolution ultérieure de la maladie ; une ulcération, fort bénigne en apparence, peut être l'origine d'une vérole très-intense, très-tenace, très-rebelle à la thérapeutique et réciproquement : l'incertitude est si grande qu'un même accident initial, l'érosion chancreuse, est considérée par les uns comme l'indice d'une syphilis faible, par les autres, comme l'annonce d'une syphilis assez intense.

Il y a incontestablement intérêt à connaître le pronostic ; mais comme on ne peut le poser d'avance, le mieux est de ne point contrarier l'évolution naturelle du mal et de se contenter d'en observer

la marche; donc, il faut attendre. Si la vérole reste faible, on n'aura rien à faire; si elle devient grave, on interviendra.

Voilà ce que j'appelle l'expectation modérée, telle que la pratiquent plusieurs syphilographes éminents, MM. Cullerier, Bazin, Diday et d'autres; je reconnais qu'elle est soutenable et ne heurte pas le bon sens.

Chacune des deux opinions compte des défenseurs convaincus et distingués; à qui donc donner raison?

Les uns agissent toujours comme s'ils avaient affaire à un cas grave; ils instituent le traitement dès que la maladie est reconnue, dans l'espoir de la guérir vite si elle est faible et d'atténuer ses dégâts si elle est forte. On dira qu'ils combattent un ennemi caché, peut-être même un ennemi absent, c'est possible, mais au moins ils combattent, et c'est quelque chose.

Les autres se comportent autrement: plus curieux qu'actifs, plus naturalistes que médecins, ils tiennent absolument à savoir quel degré d'intensité possède le poison, quels ravages il est capable de faire, quels efforts curatifs pourra lui opposer la nature livrée à ses propres forces. Ils attendent donc avec patience, observent et méditent pendant que le virus s'installe dans l'économie et détériore à son aise nos tissus.

Si les dégâts sont minimes et passagers, ils s'applaudissent et célèbrent les bienfaits de l'expectation. Si les désordres sont plus étendus et plus profonds, ils s'applaudissent encore, car ils savent au moins à quelle forme ils ont affaire, quelles difficultés ils auront à vaincre et combien la nature est impuissante.

Je ne ferais pas à M. Dolbeau reproche d'avoir adopté ces errements, s'il ne les avait singulièrement exagérés; en effet, les auteurs que j'ai cités plus haut n'attendent pas indéfiniment; si la vérole est forte, ils s'empressent d'agir, et tâchent de rattraper le temps perdu; ainsi fait entre autres M. Diday, l'un des soutiens convaincus de l'expectation raisonnable.

M. Dolbeau, au contraire, ne paraît pas s'émouvoir encore, et ne croit pas venu le moment d'instituer le traitement général; sans doute il observe toujours. Non-seulement il garde le silence sur les moyens internes propres à combattre les véroles moyennes et fortes, mais il les rejette implicitement, comme l'attestent les paroles suivantes: « *Pourquoi ne pas se contenter des topiques contre les manifestations primitives et secondaires?* » Notre collègue est donc partisan de l'expectation outrée.

Dans quelques cas, à la vérité, il a essayé le bichromate de potasse. Quels motifs l'y ont engagé? Je l'ignore: peut-être est-ce dans le but

de satisfaire la juste impatience des malades, plus soucieux d'être traités et soulagés, que d'apprendre à leurs dépens quelle forme de vérole le hasard leur a distribuée.

Pour ma part, je ne saurais comprendre, approuver, ni adopter cette abdication. Eh quoi ! vous aurez sous les yeux un chancre sans tendance à la réparation après plusieurs semaines, une périostite précoce, une paralysie du facial hâtive, comme j'en ai observé deux cas, des plaques muqueuses confluentes et stationnaires, une angine chronique à exacerbations fréquentes, une fissure anale inconmode, un iritis, un onyxis, des douleurs arthralgiques intenses, une céphalée persistante, une alopécie caractéristique dont tout le monde soupçonne la source, des syphilides profondes écrivant sur le visage le diagnostic de la vérole, et vous ne ferez rien encore, et vous vous contenterez de prescrire les simples topiques, et vous prierez le patient de supporter tout cela pendant un temps indéterminé, jusqu'à ce que cette exhibition s'évanouisse ou fasse place à ces heureux symptômes tertiaires, dignes enfin d'être traités par l'iodure de potassium !

Et pourquoi cette insouciance ? Ce n'est plus dans l'intérêt du diagnostic, la vérole forte étant évidente. Ce n'est pas davantage par simple curiosité. Vous ne pouvez être guidé que par la conviction profonde de votre impuissance thérapeutique ou par une répugnance exagérée à l'endroit d'un traitement qui pourtant a fait ses preuves, et que nous examinerons dans un instant.

Pour moi, qui ne sais jamais d'avance si une vérole sera faible, moyenne ou forte, passagère ou tenace, je commence le traitement général le plus tôt possible, et je m'efforce de prévenir la syphilis tertiaire qui vous laisse dans une si grande quiétude. Je ne suis pas sûr d'atteindre ce dernier but, car les accidents tertiaires sont heureusement assez rares, et l'on ne peut savoir s'ils se montreront ou feront défaut ; mais, sans en avoir la preuve péremptoire, je crois à l'efficacité préventive du traitement mercuriel dans ce cas.

M. Dolbeau n'est pas du même avis, car, nous dit-il, « *les individus traités par le mercure ne guérissent pas absolument de la vérole, ils ont des récidives fréquentes, et arrivent comme les autres à la période des gommés et des exostoses.* »

Entendons-nous bien : que certains malades traités antérieurement par le mercure puissent présenter plus tard des gommés et des exostoses, c'est chose incontestable, mais qu'ils en soient atteints *comme les autres*, c'est-à-dire aussi souvent que les autres, c'est ce que je ne crois pas.

Depuis plusieurs années, j'ai interrogé très-minutieusement les

sujects atteints de syphilis tertiaire, et dans la grande majorité des cas j'ai constaté que la maladie à son début avait été dissimulée ou méconnue, qu'elle n'avait point été traitée par le mercure ou que le traitement hydrargyrique avait été insuffisant, interrompu, trop court, mais fait pour tout dire.

La pratique de la ville, que M. Dolbeau a tort de mettre en suspicion, car les praticiens instruits et consciencieux observent aussi bien sur ce terrain qu'à l'hôpital ; la pratique de la ville, dis-je, fournit sur ce point des renseignements fort instructifs et non point seulement « des histoires plus ou moins problématiques ; » elle démontre que chez les malades attentifs et soumis, ayant suivi un traitement secondaire suffisamment prolongé et bien conduit, les accidents tertiaires sont extrêmement rares.

Si je ne puis fournir ici les éléments d'une statistique d'ailleurs presque impossible à dresser, je n'en conserve pas moins cette conviction profonde que *le traitement mercuriel complet est le meilleur préventif de la syphilis tertiaire.*

Quel but se propose M. Dolbeau en laissant le champ libre à la syphilis secondaire ? Voici ce que j'ai cru comprendre : la vérole est due à un poison que l'économie tend toujours à éliminer ; l'élimination a lieu tantôt de bonne heure et tantôt tardivement ; si elle ne se fait pas pendant la période secondaire, les accidents tertiaires surviennent. Or, autant on était impuissant contre les premiers, autant on est armé contre les derniers, car on possède contre eux un agent merveilleux, héroïque, l'iodure de potassium. Il ne faut donc point s'épuiser en tentatives vaines ni disséminer ses efforts ; si l'ennemi ne décampe pas de lui-même, on attend qu'il soit concentré, alors on l'attaque et on l'anéantit.

Cette occasion favorable on pourra l'attendre, il est vrai, 3, 6, 40 années même, mais en tout il faut considérer la fin, et tout vient à point à qui sait attendre ; et voilà pourquoi il faut se contenter de traiter par les seuls topiques les manifestations primitives et secondaires. Comparaison n'est pas raison, mais que diriez-vous d'un chirurgien qui laisserait marcher un panaris sous prétexte qu'on en a vu guérir spontanément et qu'on est toujours à temps d'y remédier par l'amputation du bras ?

La singulière doctrine que je combats conduit, en fin de compte, sinon à désirer, au moins à ne point redouter l'apparition des accidents tertiaires, puisque d'après elle on serait alors sûr de la guérison. Or, je crois qu'il y a là une erreur capitale contre laquelle on ne saurait trop protester. Je crois que les accidents tertiaires sont souvent très-graves, qu'ils annoncent une intoxication profonde et invétérée ;

que l'iodure de potassium les modifie très-souvent, il est vrai, mais non toujours : qu'il est parfois tout à fait impuissant et inapte à prévenir les récidives ; qu'alors même qu'il agit, il ne fait pas toujours disparaître les ravages de la vérole.

Permettez-moi d'entrer ici dans quelques développements. Certains accidents tertiaires, j'en conviens, sont bénins et cèdent vite à l'action de l'iodure de potassium ; telles sont les gommes sous-cutanées et les exostoses superficielles ; mais en peut-on dire autant de la syphilis viscérale hépatique et pulmonaire, des périostoses, ostéites, exostoses, nécroses de la base du crâne ou du canal rachidien, des perforations de la voûte palatine et des os du nez, des tumeurs blanches, des lésions de la trachée, du voile du palais, du rectum, de l'œil, de l'oreille, du testicule vénérien lui-même.

Contre ces lésions de la syphilis tertiaire on donne l'iodure de potassium, et on arrête les progrès du mal, je l'accorde. Mais que guérit-on ? L'ulcération, le néoplasme spécifique, la gomme. et voilà tout. Si on intervient alors que le processus est déjà ancien ou qu'il marche très-rapidement, ce qui n'est pas rare, fait-on disparaître les ravages qu'il a causés ? Certes non. On voit persister les rétrécissements, les perforations, les atrophies, les paralysies, les amauroses, les surdités, les ankyloses, les cicatrices vicieuses, toutes lésions désormais accomplies, définitives, incurables ou nécessitant des opérations anaplastiques à succès incertain, et l'on vient dire « que *l'expectation ne porte aucun préjudice aux malades !* »

M. Dolbeau a dans l'efficacité de l'iodure de potassium une confiance infinie, comme l'attestent les passages suivants de son rapport.

« Je veux parler de ces accidents tertiaires que nous guérissons si facilement avec l'iodure de potassium. » Plus loin : *« Beau-coup de sujets se montrent avec des accidents tertiaires, et l'iodure de potassium les guérit toujours, et parfois même avec une rapidité merveilleuse. »* Plus loin encore : *« On gagnerait ainsi la période ultime qui cède si manifestement à l'iodure de potassium. »*

Or, je ne puis accepter ces assertions si absolues et je fais mes réserves. L'iodure de potassium dans un certain nombre de cas ne réussit point du tout ; tous les auteurs s'accordent à le dire, et citent des faits qui ont nécessité l'administration préalable de ce mercure tant décrié. Après un retour temporaire aux préparations hydragyriques, mais seulement alors, l'iodure reprend son empire.

Quelquefois l'iodure de potassium ne peut être toléré, soit à cause des doses considérables qu'il en faut donner, soit à cause du mauvais état des voies digestives, ou d'un état cachectique, soit enfin en rai-

son d'idiosyncrasie. Tous, vous avez vu des malades mis dans un état lamentable par quelques grammes de ce médicament; les essais les plus habilement conduits ne parviennent pas à établir la tolérance, il faut y renoncer absolument. On a parlé des inconvénients du mercure que certains sujets ne peuvent supporter; il faut reconnaître les mêmes inconvénients à l'iodure de potassium. J'en ai sous les yeux, en ce moment même, un exemple très-frappant; j'ai cru remarquer que les herpétiques étaient surtout très-incommodés par ce spécifique.

Cependant, il ne faut rien exagérer; aussi je concède volontiers que cet excellent médicament est d'ordinaire très-bien toléré; cela veut-il dire qu'il donne toujours des guérisons durables et radicales? Il n'en est rien par malheur. J'ai déjà quelques années de pratique dans les hôpitaux, et voici ce qu'elles m'ont appris : un malade se présente avec des gommes sous-cutanées ou des exostoses superficielles; il est vierge de tout traitement, on administre l'iodure de potassium, qui fait merveille; tout disparaît en quelques semaines et le patient quitte l'hôpital; il y revient plus tard avec des accidents semblables, le traitement agit déjà moins vite; plus tard encore il revient avec des gommes profondes de la langue, du voile du palais, du rectum, etc., avec des manifestations du côté de l'axe encéphalo-rachidien ou des viscères; on peut encore réussir, mais parfois avec beaucoup de peine. Si le sujet est maigre, pâle, dyspeptique, anémique, on échoue très-souvent. Au bout de quelques mois la mort arrive dans le marasme.

Il n'y a pas d'année où je ne voie mourir ainsi des syphilitiques ayant pris à diverses époques des quantités énormes d'iodure de potassium administrées par les plus habiles de nos collègues; je ne crois pas nécessaire de rapporter des observations de ce genre, chacun de vous a pu et dû rencontrer des exemples de cachexie syphilitique que l'iodure de potassium n'a su ni prévenir ni guérir.

Quelque chose m'étonne, c'est que M. Dolbeau n'ait pas été plus radical et n'ait pas poussé la logique jusqu'à ses dernières limites. Je m'explique. Les gommes cutanées et sous-cutanées sont susceptibles de guérir ou du moins de disparaître spontanément sous l'influence des seuls topiques. La nature est donc assez puissante; dès lors pourquoi faire son ouvrage, et l'aider quand elle peut se passer de secours? On arriverait ainsi à l'inaction complète, triomphe du naturisme.

Il y a deux ans, un malade se présenta à l'hôpital du Midi : les avant-bras et les jambes étaient criblés de gommes cutanées, les unes ulcérées, les autres à l'état de nodosités dermiques; pour es-

sayer l'action des topiques, de l'hygiène et du repos, abstraction faite du traitement interne, je fis sur chacune des régions affectées une application différente. Ici, les bandelettes de Vigo, là les bandelettes de diachylon simple, sur un avant-bras les cataplasmes émollients, sur l'autre, les badigeonnages à la teinture d'iode; conjointement, les bains, quelques purgatifs salins et le régime alimentaire réparateur. Au bout d'un mois les nodosités avaient disparu et les ulcérations étaient cicatrisées; la guérison avait marché du même pas à peu près sur les quatre points. Ce n'était pas la première fois que je constatais l'action très-favorable des cataplasmes, du repos et de la position élevée sur les gommés des membres inférieurs, mais nulle expérience ne fut plus concluante, puisque je n'avais pas administré la moindre parcelle iodurée.

Si j'étais partisan de l'expectation quand même, ne pourrais-je pas dire à mon tour qu'il suffit de traiter les accidents tertiaires par les cataplasmes?

Mes conclusions ne sont pas telles. Je ne méconnaissais pas la possibilité de la disparition spontanée de la syphilis et de ses manifestations secondaires et même tertiaires; j'accepte que des agents de la thérapeutique commune favorisent en certains cas cette élimination naturelle du virus, et néanmoins je persiste à traiter la maladie aussitôt que possible, à la suivre pas à pas dans son évolution et à lui opposer avec persévérance les médicaments réputés spécifiques; conjointement, bien entendu, avec les applications locales et le régime approprié.

En agissant de la sorte je me conforme simplement aux règles générales de la thérapeutique, qui commandent d'attaquer le mal aussi près que possible de son début; aussi, renversant la proposition de M. Dolbeau, je dis : *L'expectation ne me paraît avoir aucun avantage pour les malades.*

La syphilis résume le double caractère des empoisonnements et des maladies constitutionnelles. Or quels sont les principes adoptés dans le traitement de ces deux grandes classes morbides? Attend-on dans les empoisonnements saturnin, phosphoré, paludéen? Dans la scrofule néglige-t-on les gourmes, l'impétigo, le coryza chronique, les adénopathies superficielles, jusqu'au moment où surviennent les ostéites, les arthrites, les scrofulides graves, les lésions viscérales? Pour le rhumatisme, n'agit-on qu'en cas de lésion des orifices cardiaques, d'altérations graves des articulations, des reins, etc.? La syphilis est-elle donc une maladie si innocente qu'on puisse impunément la laisser marcher, est-elle une maladie si spéciale si dénuée d'analogie avec toutes les autres diathèses, qu'on viole pour elle et sans dom-

mage l'un des axiomes, les mieux établis de la thérapeutique : *Principiis obsta?*

Pour justifier cette bizarre exception, ce dédain des traditions médicales, on allègue que la syphilis a diminué de gravité depuis son apparition jusqu'à nos jours, qu'elle peut guérir spontanément, que les moyens employés n'empêchent pas les récidives, que le traitement mercuriel a de graves inconvénients.

Sans contredit la vérole est moins grave aujourd'hui qu'au seizième siècle. A coup sûr elle peut guérir d'elle-même et radicalement, néanmoins elle est encore l'effroi des malades, qui n'ont pas tout à fait tort de la redouter, et sa guérison n'est pas tant à mépriser. Si donc on trouvait un spécifique sûr et innocent, personne n'en refuserait les bienfaits, et peu de médecins adopteraient l'expectation.

En supposant que nous n'ayons encore rien de meilleur que le mercure, cet agent est-il aussi impuissant et aussi dangereux qu'on veut bien le dire ?

Examinons donc sommairement le procès qui lui est intenté.

M. Dolbeau, qui reproduit des arguments déjà cent fois articulés, lui reproche de ne point empêcher le développement des accidents consécutifs, mais seulement de les modifier et de les retarder, de troubler, de pervertir l'évolution naturelle de la diathèse, de ne point prévenir les syphilides graves, précoces, d'être même nuisible dans les syphilides graves, et tout cela sans compter les méfaits inhérents à la médication hydrargyrique elle-même : chloro-anémie, défibrination du sang, stomatite, etc.

Notre collègue a vu à Lourcine des malades traitées par ses prédécesseurs et qui présentaient des récidives ; mais si nous lui montrions des malades guéris, il nous dirait peut-être que, sans le mercure, la guérison spontanée eût été obtenue également.

Mais que valent ces reproches dont les antimercurialistes nous poursuivent depuis si longtemps ?

Le mercure, il est vrai, n'empêche pas absolument le développement des accidents secondaires ; ceux-ci se montrent à peu près toujours. Sont-ils moins graves ? Je le crois. On dit le contraire, mais de part et d'autre la démonstration est presque impossible à donner.

On nous accorde que le mercure retarde et modifie les accidents susdits. Le retard ne me paraît pas suffisamment démontré ; j'ai vu la roséole, la céphalée, l'arthralgie, etc., paraître dans le courant du troisième mois chez les malades soumis au traitement immédiat. La prétendue apparition tardive de ces accidents passagers et superficiels pourrait bien souvent n'être qu'une de ces récidives si communes dans la première année.

Si le mercure modifie la syphilis, c'est déjà quelque chose. Dans beaucoup de maladies nous sommes fort heureux de modifier les processus pathologiques, car il est bien rare que nous ayons le pouvoir de les supprimer instantanément.

L'action modificatrice admise, reste à savoir si elle est favorable ou non. Le mercure rend-il la syphilis plus grave, l'empêche-t-il de guérir spontanément, si elle y est disposée ? fait-il naître des accidents qui, sans lui, auraient fait défaut ? Voilà ce qu'à notre tour nous sommes en droit de demander.

On parle de la chloro-anémie, de la défibrination du sang ; mais la syphilis elle-même ne produit-elle pas d'ordinaire ces états pathologiques, et faut-il répéter pour la centième fois que des malades pâles et défaits reprennent des couleurs et des forces par le seul fait de l'ingestion du mercure qui modifie si vite et si bien la syphilis secondaire ? C'est là ce qu'on observe tous les jours à Lourcine.

On invoque éternellement la salivation, mais, en vérité, c'est un fantôme. M. Guérin nous disait qu'elle était fort rare ; je suis entièrement de son avis, et je ne me rappelle pas l'avoir vue naître et acquérir une gravité quelconque depuis que j'exerce, et dans les quatre années que j'ai passées dans les hôpitaux de Lourcine et du Midi. Accuser le mercure de produire la chute des dents et des cheveux, c'est faire un anachronisme ou emprunter les fins de non-recevoir du vulgaire.

Je ne conteste point que le mercure mal administré puisse produire des accidents ; mais quel médicament actif est à l'abri de ce reproche ? Le sulfate de quinine, l'opium, l'iode, le tartre stibié, les purgatifs en sont là. Les proscriit-on pour cela, et répudie-t-on leur utile concours ? Nullement. Il n'y a point de médicament d'une certaine énergie qui ne puisse devenir nuisible à un moment donné, et dont l'administration n'exige surveillance. Certains sujets tolèrent mal le mercure, mais une foule de chlorotiques ne supportent ni le fer, ni le quinquina ; alors on tâtonne, on essaye diverses préparations, on associe au remède principal d'autres remèdes qui le corrigent et le font assimiler.

On combat la double chlorose syphilitique et mercurielle par l'adjonction des toniques : fer, quinquina, bon régime, et cela préventivement et avant que l'appauvrissement du sang soit établi ; on prévient de même les troubles intestinaux par l'opium et les succédanés : on prescrit l'hydrothérapie, les bains salés ou sulfureux. La salivation est presque impossible si la bouche est l'objet de soins attentifs, si on donne les gargarismes au chlorate de potasse, si on touche les gencives avec la teinture d'iode. Si les premières voies sont trop sus-

ceptibles, on revient aux frictions mercurielles, etc. En un mot, on fait de la thérapeutique et on exerce l'art médical.

Chemin faisant, je rencontre une assertion que je ne puis laisser passer ; le mercure serait nuisible dans les cas de syphilides malignes ! Et qu'avons-nous donc à notre disposition, quel remède propose donc M. Dolbeau ? se prive-t-il des bains de sublimé et du bi-iodure ioduré si actif, si héroïque parfois en semblable circonstance ?

Le reproche articulé avec le plus d'insistance consiste en ceci : que le traitement mercuriel n'empêche pas la réapparition, à divers intervalles, des accidents secondaires. M. Dolbeau a rencontré à Lourcine des malades rentrant plusieurs fois pour des plaques muqueuses ; il pourrait ajouter que chez les fumeurs on voit longtemps des plaques opalines sur la langue, les joues, les lèvres, les amygdales, des syphilides herpétiformes à la verge et ailleurs. Peut-être eût-il été bon d'ajouter que ces poussées successives, poursuivies avec le mercure, deviennent de plus en plus faibles, de plus en plus distantes, qu'elles ne portent que sur des points très-circonscrits, et qu'en général quand le traitement est bien conduit, elles finissent par disparaître en dix-huit à vingt mois environ.

La cure de la syphilis secondaire demandant en moyenne un an et demi, il aurait fallu nous dire la date de l'infection de ces malades, car plusieurs réapparitions ne prouvent ni l'inefficacité du traitement, ni l'incurabilité du cas particulier.

Au reste, toutes les maladies générales en sont là ; elles sont tantôt latentes, assoupies, tantôt manifestées par des symptômes visibles. L'arthritisme, l'herpétisme, la scrofule, la chlorose, le diabète, le paludisme, ne se comportent pas autrement.

Est-ce à dire qu'il ne faut pas se donner la peine de traiter les accès sous prétexte qu'ils pourront revenir plus tard ? est-ce à dire qu'un médicament ne vaut rien et ne sert à rien parce qu'il n'empêche pas ces retours si communs ? Mais à ce titre rien ne vaut rien : ni le fer contre la chlorose, ni le sulfate de quinine contre les fièvres, ni l'arsenic contre les affections cutanées, ni les alcalins contre la goutte, ni l'iode contre la scrofule, ni même, comme je l'ai montré plus haut, l'iodure de potassium contre la syphilis tertiaire.

Pour moi, je pense qu'il y a grand avantage pour le malade et pour le médecin à rendre les accès plus rares et moins graves. Gagner du temps est chose fort importante. Dans la scrofule, par exemple, ne cherche-t-on pas à atteindre la puberté ? Dans la syphilis, il faut s'efforcer de parvenir à la fin de la deuxième année. L'économie arrive, dans ce délai, à se débarrasser du poison, et si elle est contaminée pour toujours, comme le prouve la rareté extrême d'une seconde con-

tagion, au moins il n'y paraît guère et la santé semble parfaite en apparence.

Le mercure nous rend de tels services, cela n'est pas douteux ; et, puisque M. Dolbeau nous demande *à quoi il sert*, il me permettra sans doute de le lui dire aussi brièvement qu'il est possible.

Si le chancre superficiel et surtout l'érosion chancreuse guérissent vite avec les seuls topiques, le chancre huntérien, large et profond, est parfois beaucoup plus rébelle ; peu de jours cependant après l'administration du mercure, il se déterge et entre en voie de cicatrisation. J'ai constaté cent fois le fait en me bornant, comme traitement local, à l'emploi de l'eau fraîche. Même remarque pour les plaques muqueuses humides ou sèches, pour l'angine secondaire, etc.

La rapidité de la cicatrisation est importante ; elle implique la cessation des douleurs, la suppression d'une plaie ouverte qui peut toujours devenir le point de départ d'accidents divers, et surtout, ce qui est majeur, la durée moins grande de la période de contagiosité. Si l'on ne peut pas toujours obtenir des malades l'abstention prolongée des rapports sexuels, il faut tâcher de fermer vite les plaies virulentes ; on diminuera d'autant les chances de contamination et l'irradiation de la vérole.

Un malade en proie à l'arthralgie, à la céphalée nocturne, est promptement délivré de ces symptômes incommodes par le mercure ; il n'attache pas moins de prix à voir disparaître le plus promptement possible les syphilides du visage, les rhagades de l'aile du nez, des commissures buccales. Le mercure lui rend ce service, et fait disparaître des stigmates compromettants. Sans parler de l'iritis, certaines amblyopies ne cèdent qu'au traitement hydrargyrique longtemps continué, etc.

M. Dolbeau ne nous demanderait point à quoi sert le mercure, s'il avait songé à la syphilis des femmes enceintes et des nouveau-nés. Une femme atteinte de syphilis amène rarement à terme le produit de conception ; elle avorte tantôt de bonne heure, tantôt près du terme, ou met au monde de misérables petits êtres à peine viables, et cela plusieurs années de suite, à moins qu'un traitement mercuriel bien fait et institué en temps opportun, ne supprime la cause incessante des avortements. Plus d'une union ne devient féconde qu'après l'administration du mercure à l'un des deux conjoints, sinon à tous les deux. Ces faits sont classiques depuis bien longtemps, et c'est un grand tort de les oublier.

Enfin quel autre moyen avons-nous pour combattre la vérole des nouveau-nés ? quels succès attendre de l'expectation ? et combien de ces petits malheureux sauvera-t-on par les topiques ou la médication

banale? Que notre collègue relise la relation de ces épidémies de vérole qui, dans les siècles antérieurs et de nos jours même, sévissent sur des points circonscrits : il y verra les ravages bientôt arrêtés par l'intervention du mercure. La dernière épidémie de vérole vaccinale a, tout récemment encore, fourni son complément de preuve. Mais il me paraît superflu d'insister, car il est des choses qu'on ne doit plus démontrer.

J'admettrais la proscription du mercure si on me proposait, pour le remplacer, un médicament plus sûr, plus efficace, tout à fait dépourvu d'inconvénients, agissant plus vite et guérissant d'une façon plus radicale; or, ce phénix pharmaceutique est encore à trouver. Serait-ce par hasard le bichromate de potasse? J'ai grand peur que non, et jusqu'ici, je ne vois aucune raison théorique ou pratique qui justifie sa supériorité. M. Dolbeau, qui l'a essayé, nous apprend lui-même avec une bonne foi louable, que d'après son expérience, les récidives paraissent un peu plus fréquentes après son administration; cela n'est pas encourageant.

Jusqu'à la découverte d'un agent réellement préférable, je ne vois pas clairement l'utilité de cette croisade contre le mercure; elle se renouvelle périodiquement et compte des champions dans tous les temps et dans tous les pays. On dirait que le traitement de la vérole sans mercure est un problème social, à voir le zèle avec lequel on le poursuit. On ne songe guère, que je sache, à supprimer l'onguent napolitain ni le calomel, à la condition qu'on s'en serve uniquement contre le phlegmon, la péritonite, les inflammations plastiques ou la constipation; mais s'il s'agit de la syphilis, le médicament précieux devient un poison terrible et celui qui l'emploie un empoisonneur, peut-être. Je suis persuadé cependant que M. Dolbeau ne va pas jusque-là.

Il y a dans tout ceci ou un parti pris ou une exagération regrettable : le mercure n'est ni plus ni moins dangereux qu'une foule d'autres médicaments, et les préjugés du vulgaire ne sont pas plus fondés à son endroit qu'à celui de l'arsenic, qui, lui aussi, possède le triste privilège de jeter l'effroi dans les esprits timorés.

Que reste-il de toutes les déclamations passées et présentes? Peu de chose. L'immense majorité des praticiens, et je dis des plus savants, des plus habiles et des moins routiniers, continue à donner le mercure; ils en surveillent l'usage avec soin, le manient avec prudence et sagacité, et n'observant plus ces accidents terribles toujours invoqués, ils se rassurent et attendent, la conscience tranquille, des arguments plus nouveaux, des accusations mieux fondées, des preuves plus décisives. Ainsi faites-vous, messieurs, pour la plupart; ainsi fais-je moi-même.

Je dois m'excuser, messieurs, d'avoir abusé si longtemps de votre attention pour répéter des choses que vous savez mieux que moi. Mais un de nos collègues ayant fait appel à notre expérience, j'ai cru devoir lui répondre avec ce que j'ai vu et fait; sans doute, il me saura plus de gré, ou du moins je l'espère, de mon opposition que de mon silence.

Permettez-moi de me résumer en quelques propositions :

1° La syphilis doit être traitée dès que le diagnostic en est posé; il n'y a aucun avantage à attendre.

2° Si l'expectation éclaire le médecin sur l'évolution et le degré de gravité du mal, en revanche elle expose à perdre un temps précieux pendant lequel le virus s'installe profondément dans l'économie et altère profondément les éléments anatomiques et les humeurs.

3° Le traitement doit être longuement et patiemment poursuivi, parce que la syphilis est une maladie de longue durée, dont la guérison exige environ deux années.

4° La syphilis, sans doute, peut guérir spontanément; mais le cas paraît assez rare, et ne peut point être prévu d'avance. Si le traitement est inutile, il ne paraît pas avoir d'inconvénient sérieux. L'incertitude règne ici comme dans le champ entier de la thérapeutique, et, du moment qu'on ne nuit pas, on peut agir sans scrupules.

5° Jusqu'à nouvel ordre, le mercure reste le modificateur le plus puissant de la syphilis dans ses premières périodes. Si son action directe sur le virus n'est pas prouvée, il est toutefois démontré qu'il modifie avantageusement les manifestations isolées et successives du mal général.

6° Au moins aussi efficace que tout autre moyen dans les véroles de moyenne intensité, il est indispensable et ne saurait être remplacé dans les syphilides graves ou tenaces, dans la syphilis viscérale, dans la vérole des femmes enceintes et des nouveau-nés.

7° Le traitement mercuriel bien dirigé, avec le concours de moyens adjuvants tirés de l'hygiène, du régime et de la classe des toniques, est, dans l'immense majorité des cas, tout à fait innocent; il importe donc de faire cesser à son égard les préjugés de la foule. Il est très-rare qu'on ne parvienne pas à faire tolérer le mercure grâce aux ressources actuelles de la matière médicale.

8° Le problème de la cure de la syphilis sans mercure n'est donc point encore résolu, et rien n'indique qu'il le soit prochainement.

9° Le bichromate de potasse ne paraît avoir sur le mercure aucune supériorité évidente.

La séance est levée à cinq heures trois-quarts.

Le Secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 15 MAI 1867.

Présidence de M. LEGUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Demandes de congé adressées par MM. Giralès et Labbé.

Une observation de pneumatocèle du crâne avec pièces anatomiques, par M. Fleury de Clermont, membre correspondant.

Sur le traitement de la syphilis sans spécifiques, par M. le docteur Adam Owre (de Christiana). Commission : MM. Lefort, Perrin, Després.

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE.

M. Houzé de l'Aulnoit, chirurgien adjoint de l'hôpital Saint-Sauveur, à Lille, adresse une série de brochures imprimées avec l'exposé de ses titres. Il demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Une commission est nommée pour l'examen de ces titres et travaux, elle se compose de : MM. Lefort, Tillaux, Després.

Discussion sur le traitement de la syphilis (Suite).

M. VELPEAU. La question qui s'agit aujourd'hui devant la Société de chirurgie offre certainement beaucoup d'intérêt; j'ai été surpris d'entendre émettre certaines propositions. Il y a déjà bien longtemps, et particulièrement à l'époque de Desruelles, on a soutenu que le mercure n'était pas indispensable dans le traitement de la syphilis. Certains observateurs ont été induits en erreur, Desruelles lui-même a été trompé par ses malades, quelques-uns guérissaient, mais le plus grand nombre, découragés, prenaient le mercure en secret.

En y regardant de près, j'ai pu me convaincre que la syphilis guérit assez souvent seule, mais que le mercure est plus souvent indispensable pour arriver à un bon résultat. J'ai dès lors considéré la syphilis comme un poison qui, en s'introduisant dans l'organisme, peut y causer de grands ravages, mais qui est susceptible aussi d'être dé-

truit par les efforts de la nature. Tout dépendrait des conditions de santé des individus et de la nature du virus.

J'ai fait des expériences comparatives et j'ai constaté qu'un certain nombre de malades, près de la moitié, guérissaient spontanément ; chez les autres la maladie résistait et le mercure seul pouvait en triompher.

Le mercure est le seul remède contre la syphilis, les faits le démontrent ; par exemple, un malade a des bubons qui vont croissant, je lui fais prendre la liqueur de Van Swieten, et au bout de trois ou quatre jours les ganglions diminuent, si bien que, après trois semaines de traitement, tout est terminé.

Je ne puis, pour ma part, accepter que la vérole guérisse mieux seule qu'avec l'intervention du mercure. On a proposé l'iodure de potassium ; pour que ce médicament agisse, il est nécessaire que le mercure ait imprégné tout d'abord l'économie.

Le mode d'administration des mercuriaux varie. La meilleure méthode consiste dans l'emploi des frictions mercurielles ; mais ce traitement a l'inconvénient d'altérer le linge. Pour ma part, j'emploie la liqueur de Van Swieten lorsqu'il s'agit des accidents primitifs ; pour la période secondaire et tertiaire, j'ai recours au proto-iodure de mercure.

Une question difficile c'est de déterminer combien de temps le traitement mercuriel doit être continué ; trop souvent on l'arrête lorsque les accidents ont disparu ; je suis d'avis qu'il faut insister au moins trois mois.

Je termine en déclarant que la question est digne d'intérêt et qu'il reste bien des choses à revoir, eu égard au traitement de la syphilis.

M. DESPRÉS. Avant de commencer mon argumentation, je dois exprimer ici une satisfaction, celle de voir M. Velpeau assimiler la syphilis à un empoisonnement. Je suis tout à fait de cet avis. Mais je désire aussi déclarer que les expériences antérieures de traitement de la syphilis sans mercure, rappelées par M. Velpeau, ne peuvent être invoquées contre nous ; Desquelles, Richond de Brus, après Broussais, remplaçaient le mercure par la saignée et la diète, et je compte démontrer que ces deux moyens thérapeutiques appliqués à la syphilis, agissant comme les préparations mercurielles, débilitant comme elles, étaient incapables de faire juger la question.

J'entre brusquement en matière, et je viens, continuant ce qu'ont commencé MM. Diday et Dolbeau, développer devant vous trois points :

Établir, par des statistiques empruntées à la pratique de mon service à l'hôpital de Lourcine et depuis vingt mois, que le mercure est

inutile dans le traitement des syphilis pendant la période des accidents primitifs et secondaires;

Attaquer, au moyen d'observations, toutes les assertions qui ont été émises pour montrer les avantages du mercure;

Envisager le mercure au point de vue de la thérapeutique physiologique.

J'invoquerai donc des observations et une statistique : sans oublier toutefois que mon attaque contre la pratique adoptée n'est pas neuve, pas plus que les réponses qui nous ont été et qui nous seront faites; sans oublier que malgré des observations et des statistiques anciennes nous avons pu entendre MM. A. Guérin et Verneuil dire que le mercure jouissait encore parmi les médecins d'une légitime popularité.

Ah ! c'est que les observations ont été contradictoires, c'est que les statistiques ont été justement attaquées. En effet, et pour ne parler que des statistiques, les chiffres de Roze en Angleterre, de Hermann à Vienne, de Struntz à Berlin, ceux des médecins suédois (*Journal complémentaire du Dictionnaire des sciences médicales*, 1828, t. XXX, p. 93), comprennent des chancres mous non suivis d'accident, et des végétations au nombre des syphilis vraies. Mais à côté de cette imperfection, fâcheuse je l'accorde, ces statistiques portent un enseignement. Le médecin français qui a traduit la statistique suédoise aurait pu parler aujourd'hui en face de nos adversaires.

Il écrivait : « Il n'est personne qui n'ait remarqué combien sont « fréquentes les rechutes des maux vénériens après le traitement « mercuriel ; malheureusement au lieu d'en conclure l'inutilité du « mercure, au moins dans ces cas, on se borne à supposer gratuite- « ment qu'il a été mal administré. » C'est là, en effet, le fond des arguments qui me sont opposés.

J'apporte une statistique et je la crois meilleure que celles qui existent déjà. J'ai seulement un regret, c'est qu'elle porte seulement sur des faits de deux années, et j'aurais souhaité que la discussion actuelle ne s'ouvrit que plus tard, j'aurais possédé alors des arguments plus nombreux, je ne pense pas qu'il soit possible de dire plus forte.

Deux cent trente-quatre malades syphilitiques ont été reçus à l'hôpital et l'ont quitté, du 24 février 1866 au 23 février 1867. Ces 234 malades avaient des chancres indurés ou parcheminés, des plaques muqueuses, des roséoles, des syphilides secondaires ou des gommés; il s'agissait réellement de syphilis constitutionnelles.

Les malades, à leur entrée, avaient fait des traitements variés, ou n'avaient rien fait, ou étaient au début de leur mal.

Vingt-huit avaient subi un traitement mercuriel d'une durée de 4 à 4 mois. 8 avaient suivi un traitement mercuriel court, soit seul,

soit associé à d'autres médications, ce qui donne, en ne prenant que les malades ayant subi un traitement mercuriel régulier, 28 sur 234 ou 12 pour 100.

D'un autre côté, sur 234 malades, il est entré 9 des malades soignées par moi par la médication tonique et reconstituante, et il y a eu cinq malades entrées dans les autres services de l'hôpital ou qui sont encore dans mes salles (je les compte néanmoins, ne craignant pas de mettre tous les désavantages du côté de la méthode de traitement sans mercure); cela nous donne la proportion de 6 pour 100.

J'ai reçu 17 malades qui avaient leur mal depuis plus de six mois, et paraissaient n'avoir fait aucun traitement précisé; soit 17 sur 234, ou 7,4 pour 100.

Enfin, il est entré 7 malades qui avaient été soumises à l'usage du bichromate de potasse. Je ne m'arrête pas à ce chiffre qui me paraît exagéré, et comme je ne suis pas sûr que les malades auxquelles j'ai donné du bichromate de potasse le supportaient, je ne suis point édifié sur ce traitement. Je n'ai d'ailleurs aucun enthousiasme pour le bichromate de potasse, n'ayant pas la croyance que la syphilis puisse être guérie par un spécifique.

Ainsi, sur le chiffre des entrées, nous trouvons une proportion considérable de malades traitées inutilement par le mercure pendant les six premiers mois de leur syphilis. Et, entre le traitement mercuriel d'une part et l'expectation et le traitement tonique de l'autre, il n'y a pas même égalité. Notons ce premier point.

J'ai fait, il y a quelques jours, le relevé des malades de mon service pour savoir si le mouvement de mon service confirme les résultats fournis par l'examen des entrantes. Je donnerai de plus longs détails sur ces malades, parce que, comme je prévois de la passion dans cette discussion, je pourrai montrer les malades dont j'aurai parlé.

Sur 59 malades syphilitiques de mes salles six avaient été déjà traités dans mon service, et sur ce nombre, 4 avaient été traités auparavant par le mercure ou l'avaient été pendant le temps écoulé entre leur premier et leur second séjour dans mon service.

Seize avaient pris du mercure, une 250 pilules de proto-iodure et des bains de sublimé, deux des pilules pendant 3 à 4 mois, et ceux qui avaient dirigé ces médications étaient les hommes les plus recommandables, tels que M. A. Guérin, MM. Bazin et Lallier. Ces malades ont des récidives de plaques muqueuses, des syphilides, des angines et des chancres mous, et sont anémiques. Les 6 premières malades étaient à peu près dans les mêmes conditions, sauf une, qui n'avait qu'une récidive d'iritis et une qui n'avait que quelques rhagades à l'anus.

Les malades en traitement dans mon service peuvent donc être ainsi groupées :

Revenues non guéries après un traitement mercuriel, 46 sur 59, soit 28 pour 100.

Revenues après avoir été traitées par le traitement tonique plus ou moins complet, 6 sur 59 (en comptant les malades chez qui le mercure avait été administré déjà une fois inutilement), soit 10 pour 100.

Voyons maintenant les résultats du traitement pendant et après le séjour de mes malades à l'hôpital. Sur 95 malades, traitées par les toniques et les reconstituants pendant un temps que j'ai jugé suffisant, 7 sont revenues avec des récidives de plaques muqueuses ; une d'entre elles avait déjà pris autrefois et inutilement du mercure.

Sur 101 malades, traitées par les toniques et les reconstituants pendant un temps variable, soit parce que les malades sortaient malgré moi, soit parce qu'il s'agissait de maux légers et guéris en peu de temps, 8 sont revenues ; parmi ces 8 malades, 6 étaient du nombre des malades sorties avant que j'eusse jugé leur traitement suffisant.

Cela nous donne, dans le premier cas, 7 sur 95, soit 7,4 p. 100 ; dans le second cas, 8 sur 101, soit 7,8 p. 100, et en réunissant les deux groupes de malades, 9,8 p. 100.

J'ai traité 43 malades par le mercure seul ou associé passagèrement au bichromate de potasse ; 2 malades qui avaient pris pendant six et trois mois de la liqueur de Van Swieten et du proto-iodure de mercure, sont revenues avec des récidives, une était partie non guérie. Cela nous donne une proportion de 45 p. 100.

Ainsi les malades traitées par la médication tonique ne reviennent pas plus que les malades traitées par le mercure, et ne sont pas plus gravement malades. Loin de là.

Messieurs, pour prévenir une objection à laquelle je m'attends, je suis allé à Saint-Louis dans les services de MM. Hardy, Lallier et Hillairet, qui ont bien voulu m'autoriser à faire quelques recherches dans leur service sur les syphilis anciennes. J'ai examiné 200 malades et voici ce que j'ai trouvé :

Trente-sept malades atteints d'accidents syphilitiques primitifs, secondaires ou tertiaires.

Sur ce nombre il y avait 10 maladies récentes, vierges de traitement, et dont le début remontait au plus à quelques mois.

Sur les 27 malades restants, 6 n'avaient subi aucun traitement, 24 avaient subi des traitements mercuriels pour chancres, plaques muqueuses et syphilides.

Le groupe ainsi les malades :

Un malade, plus de vingt années auparavant, avait été traité par les frictions mercurielles. 1, plus de douze ans auparavant, avait fait un traitement mercuriel de trois mois. 3 malades, douze et dix ans auparavant, avaient subi des traitements mercuriels de deux et trois mois. 1 malade, huit ans auparavant, accusait quatre mois de traitement mercuriel. 3 malades, trois ans auparavant, avaient fait un traitement de quatre, trois et deux mois. 4 malades, deux ans ou dix-huit mois avant d'entrer à Saint-Louis, avaient fait des traitements mercuriels. 4 de neuf mois. 4 de six mois. 4 de cinq mois. 4 de trois mois. 4 de 1 mois. 4 de deux mois. 4 de moins d'un mois. 1 avait été malade à trois reprises et avait été mis au mercure les trois fois pendant deux et trois mois. 1 malade, dix mois auparavant, avait pris du mercure pendant deux mois.

Les 6 malades qui n'avaient pas pris de mercure n'étaient pas franchement syphilitiques. 1 avait un eozéma qui n'était point manifestement une syphilide. 3 malades, douze, huit et deux ans auparavant, n'avaient eu que des chancres mous, et l'un deux avait néanmoins une syphilide pustulo-crustacée. Un seul malade accusait dans ses antécédents une vérole nette et s'était traité avec de la salsepareille ; il était d'ailleurs bien portant et n'avait que quelques papules sur le corps.

Quoi de plus clair que cette statistique sommaire ? En effet, en admettant même que les 6 derniers malades soient bien des syphilitiques, en admettant qu'il y a quatre fois plus de gens qui se traitent par le mercure que de gens qui ne font rien, nous n'arrivons pas même à établir une égalité entre les deux traitements, le mercure et les toniques. Et nous n'avons pas besoin d'autre chose pour notre démonstration.

Voilà des faits tels que je n'en ai jamais trouvé de pareils dans la bibliothèque française, ni dans les livres spéciaux, ni dans les livres classiques, ni dans la discussion actuelle, où cependant les affirmations en faveur du mercure ne manquent pas.

MM. Cullerier, Verneuil et A. Guérin n'ont pas même emprunté à leurs souvenirs la dixième partie des cinquante-sept observations que M. Diday a réunies dans son histoire naturelle de la syphilis, pour montrer que le mercure, administré par les mains les plus habiles, MM. Ricord et Cullerier, et les syphilographes distingués de l'école de Lyon, n'avait rien fait contre la syphilis constitutionnelle.

Je viens de vous exposer une statistique raisonnée qui est accablante pour le mercure ; je ne sais encore comment elle sera attaquée, mais je sais comment je la défendrai. En attendant je passe à la seconde partie de mon argumentation.

Vous avez entendu M. Cullerier, M. A. Guérin, M. Verneuil et même M. Perrin reproduire ici la traditionnelle défense du mercure; il me faut maintenant combattre leurs arguments, je ne dis pas leurs preuves, ils n'en ont point apporté ici. M. Perrin a cité quelques chiffres, M. Verneuil a mentionné cinq observations dont une ou deux au moins sont contraires à ses affirmations, M. Cullerier a exposé sa pratique, et tous ont posé des affirmations anciennes, rajeunies sans le secours d'observations nécessaires pour nous convaincre.

Or, je connais les vieilles armes et la tactique des partisans du mercure; je résumerai les arguments et je les discuterai un à un avec des faits, et ce sera une réponse collective à MM. Cullerier, A. Guérin et Verneuil, nos adversaires, et à M. Perrin, notre allié prudent et réservé.

Et d'abord je tiens à montrer que nos adversaires ne sont pas d'accord avec les syphilographes ni d'accord entre eux. Que si l'on donne du mercure dans certains pays, l'on syphilise dans d'autres (témoin la pratique de M. Boeck, à Christiania), Frike, à Hambourg, Herman, à Vienne, Drysdale, à Londres, Pirogoff, à Dorpat, et nous à Paris, nous ne donnons pas le médicament dit spécifique pour la vérole.

Comprend-on qu'il ne soit pas encore reconnu quel est le moment où le mercure est bon contre la syphilis? A notre époque, d'un côté en France, on ne croit plus que le mercure soit efficace contre les accidents tertiaires. En Allemagne, d'un autre côté, M. Virchow affirme que c'est contre les accidents tertiaires que le mercure doit être administré.

M. Cullerier ne veut traiter la syphilis qu'au moment où apparaissent les accidents secondaires, c'est l'opinion de Cullerier (*Dict.* en 15 vol., 1826), c'est ce que pense M. Diday; c'est peut-être l'opinion de M. Verneuil. Ce n'est pas celle de M. Guérin qui veut traiter la syphilis tout à fait au début par le mercure. Le seul point sur lequel nos collègues soient d'accord, c'est la durée longue qu'il faut accorder au traitement. La préparation mercurielle, c'est autre chose. Pour elle l'accord disparaît. L'un donne des pilules de Belloste, l'autre le protoiodure, celui-ci le sublimé, un autre fait des frictions mercurielles, un autre donne des fumigations, celui-là emploie la liqueur de Van Swieten, un autre les pilules de Sédillot ou du sirop de bi-iodure ioduré. Cette confusion de médicaments n'est pas faite pour éclairer la thérapeutique de la syphilis. Qui peut dire comment des médicaments si divers ont une action spécifique commune contre la vérole?

Voici les raisons qui servent depuis des siècles aux défenseurs du mercure :

1° C'est à la longue que le mercure produit de bons effets ;

2° Quand le mercure est sagement administré et secondé par un traitement réparateur il réussit ;

3° Quand les malades ont des rechutes et arrivent aux accidents tertiaires, c'est qu'ils n'ont pas pris assez de mercure ou qu'il a été mal administré ;

4° Le mercure empêche certains accidents de se produire ;

5° Le mercure fait disparaître vite certains accidents, l'induration chancreuse, les syphilides secondaires ;

6° Enfin le mercure est indispensable chez les femmes grosses et pour prévenir les avortements répétés.

Je laisse de côté pour aujourd'hui cette dernière question. Quoique je possède des faits qui me permettent de nier cette proposition, j'attends les observations de nos adversaires, elles pourront suffire à mes attaques.

Les statistiques sommaires que j'ai faites à l'hôpital Saint-Louis montrent qu'il y a un grand nombre de vieux syphilitiques ayant pris du mercure. Les observations de M. Diday prouvent également que le mercure n'empêche pas la syphilis de poursuivre son évolution. Du reste, ce que l'on peut dire contre la première assertion des partisans du mercure se confond avec ce qu'il y a à objecter à leur troisième proposition, que nous allons attaquer bientôt.

Mais, dira M. Verneuil, les malades ont-ils pris du mercure pendant dix-huit mois? A cette question, si elle m'était faite, je répondrais : Montrez-nous un malade qui a pris dix-huit mois du mercure sous vos yeux et que vous avez suivi, je vous montrerai ceux à qui l'on en a donné pendant deux années en vain, et nous compterons. Et d'ailleurs je dirai que si on laisse un médecin diriger l'hygiène, le régime et les habitudes d'un syphilitique pendant dix-huit mois, la syphilis guérira sans spécifique.

La combinaison du traitement tonique avec le traitement mercuriel est sortie de la médication dite par extinction imaginée par Hagenot, de Montpellier, au siècle dernier. Elle a été adoptée dans nos hôpitaux. Graves, en Angleterre, l'a réinventée, et il a saisi cette occasion pour émettre ce paradoxe thérapeutique, qu'il fallait reconstituer d'abord le malade et ensuite administrer les altérants. Nul esprit médical ne saurait accepter ce principe qui, comme beaucoup d'autres, n'a d'autre mérite que d'être une transformation étrangère de choses imaginées chez nous. Nous avons en France le défaut de nos qualités et nous joignons à notre désir d'être hospitaliers une tendance à nous laisser séduire outre mesure par les œuvres exotiques.

Au total, le mercure et les toniques étant donnés concurremment,

qu'est-ce qui agit? Ne vient-il pas à l'esprit que c'est plutôt le traitement tonique, puisqu'il y a des syphilides qui guérissent par le simple traitement tonique et les bains? Pour ma part je n'hésite pas à le penser d'après ce que j'ai vu dans mon service.

On a dit que les malades qui ne guérissaient pas de la vérole n'avaient pas fait un traitement assez suivi. Voyons les observations :

Vous avez tous vu des exemples d'élèves en médecine qui sont dans les meilleures conditions pour suivre un traitement, et gardent néanmoins des syphilides tenaces qui résistent à la spécificité du mercure. J'ai eu un élève dans mon service, qui depuis un an prenait en vain du protoiodure et suivait les ordonnances de M. Ricord; il avait une luxuriante syphilide pustulo-papuleuse qui s'est éteinte grâce à un traitement tonique et à un genre de vie réglé. Mais voici une observation encore plus concluante :

M^{lle} C..., domestique, Écossaise, âgée de trente-neuf ans, est entrée dans mon service le 23 février 1867, pour être traitée d'accidents syphilitiques tertiaires.

Il y a trois ans, la malade avait eu une écorchure à la vulve, qui peu de temps après avait été suivie de l'apparition d'angine peu douloureuse et à répétition, et un médecin aurait fait administrer tous les jours une cuillerée à bouche de liqueur de Van Swieten pendant deux mois et demi. Dix mois plus tard, après des alternatives de rechutes légères et de guérison, de nouvelles angines plus graves se sont montrées, des boutons ont apparu sur tout le corps et ont formé des croûtes. Depuis un an la malade a pris des pilules mercurielles, deux par jour, ce qui fait à peu près, au dire de la malade, 600 pilules; et il est à présumer qu'il s'agissait de pilules de protoiodure de 25 milligrammes, ou de pilules bleues, car la malade a été consulter M. Ricord et un médecin anglais.

A son entrée à l'hôpital, le 23 février 1867, la malade présentait sur les bras et le tronc des cicatrices de la largeur de la paume de la main, blanches et semblables à des cicatrices de brûlure; sur le cou et la tête il existait des ulcérations assez profondes de la largeur d'une pièce de 4 franc à bords taillés à pic, et dont quelques-unes étaient recouvertes d'une croûte verdâtre, tandis que d'autres offraient le caractère d'une ulcération remplie par un détrit grisâtre. Le tibia, du côté gauche, présentait, à sa face interne, près de l'articulation du genou et près de l'articulation tibio-tarsienne, une tumeur dure du volume d'une noix. Enfin il y avait de l'acné sur le dos et le flanc droit. Il n'y avait rien à la vulve ni au col de l'utérus; la malade, malgré son état, était grasse de la face et du tronc.

La malade se plaignait de douleurs de tête. Elle était très-attristée

dé son état, et croyait qu'elle ne guérirait jamais. Malgré tous les traitements faits jusqu'ici, disait-elle, j'ai toujours eu quelque chose, des boutons sur le corps et des maux de gorge ou des croûtes sur la tête. Le diagnostic porté fut : gommès et ecthyma du cuir chevelu, acné syphilitique, exostose du tibia.

La malade fut soumise au traitement suivant : cataplasme de fécule sur la tête après que les cheveux ont été préalablement coupés ras, bains sulfureux et bains salés alternativement tous les quatre jours. A l'intérieur il fut prescrit : iodure de potassium, 0,50 centig. dans une potion, vin de quinquina, 125 gr., et la malade mangeait cinq portions plus deux côtelettes.

Quelques jours après, le traitement a été modifié ; la malade a dû prendre une cuillerée à bouche d'huile de foie de morue, et ses ulcères ont été pansés avec de la charpie imbibée d'eau et d'alcool camphré recouverte par un cataplasme pour maintenir l'humidité.

Les douleurs de tête, l'acné syphilitique ont promptement disparu ; les ulcères du cuir chevelu ont été guéris au bout d'un mois, et la malade est sortie six semaines après son entrée, le 5 avril 1867, complètement guérie.

Cette observation offre un exemple remarquable de syphilis traitée vainement par le mercure, 80 cuillerées de liqueur de Van Swieten, et 600 pilules mercurielles.

On me demandera sans doute si j'aurais fait mieux sans mercure, dans le cas où j'aurais eu à traiter cette malade depuis trois ans. A cela je puis répondre non, quoique j'aie des preuves du contraire, comme nous allons le voir tout à l'heure, et je n'ai nulle crainte de répondre ainsi, parce que cela ne prouve rien en faveur de mes adversaires. Mais je veux dire la raison pour laquelle a existé cette marche grave de l'épuisement de la syphilis. — Je m'explique sur ce mot : la syphilis arrivée à la période des exostoses et parvenue à son terme. Du moment où les produits plastiques s'organisent en tissu normal, il n'y a plus de danger pour l'économie. — Ma malade m'a appris qu'elle voyageait sans cesse avec ses maîtres ; cette existence est anormale, la santé de la malade devait être à chaque instant modifiée par les changements d'air et de régime, et cela explique les récidives journalières des accidents syphilitiques, comme cela expliquerait les récidives d'accidents rhumatismaux chez un rhumatisant.

Enfin, et je borne ici mes réflexions à propos de ce fait, je n'affirme pas qu'il ne reviendra rien à cette malade, mais je crois que ce qui existera chez elle guérira en peu de temps comme ce qu'elle a présenté dans le service ; mais je pose en principe que tout traitement mercuriel lui sera parfaitement inutile, et je m'autorise de la comparaison de

mon observation avec celles qu'a réunies M. Dubuc dans sa thèse sur les syphilides malignes précoces (*Thèses de Paris*, 1864). Ces observations sont très-longues et j'en ai dû faire le résumé que voici :

Dans la première observation, nous voyons qu'il s'agit d'un homme qui prend à deux reprises du mercure, d'abord pendant quinze jours, puis pendant un mois et plus, pour une écorchure à la verge suivie de bubons suppurés, de boutons sur le corps, et de douleurs dans les jambes. Au bout de six mois le malade est vu par M. Hillairet, qui constate une syphilide pustulo-crustacée et des pustules, plus des plaques muqueuses de la gorge et des exostoses du tibia. Le malade était très-amaigri. M. Hillairet donne une cuillerée de liqueur de Van Swieten, et 4 gramme d'iodure de potassium par jour, du vin de quinquina et des viandes rôties. Après trois mois et demi de ce traitement, le malade sort, devant continuer encore son traitement pendant quelque temps. La guérison des accidents était complète, dit l'observation le 4 décembre 1853.

Le 40 avril 1864, le malade est allé retrouver M. Hillairet, le corps couvert d'une poussée de tubercules syphilitiques.

Dans la seconde observation je trouve un monsieur qui, ayant eu en 1857 une ulcération de la verge en Italie, prend du mercure pendant un mois, qui, deux ans après, a une nouvelle ulcération de la verge, pour la guérison de laquelle il prend encore du mercure pendant un mois. Le 15 mai 1861 il a de nouveau une écorchure sur la verge, que M. Cullerier diagnostique un chancre mou. Au commencement de juillet apparaissent néanmoins une éruption cutanée et de l'ecthyma des jambes à la suite d'accès de fièvre et d'anémie progressive. M. Cullerier donne de la liqueur de Van Swieten pendant un mois et demi. Au bout de ce temps le malade va à Saint-Louis, dans le service de M. Hillairet. M. Vidal, remplaçant ce médecin, administre 0,50 centigr. d'iodure de potassium, qui fut pris pendant dix mois. M. Hillairet, qui avait repris son service, a essayé deux fois, et sans succès, les frictions mercurielles dans les aisselles, et les pilules de Sédillot, et le malade finit par guérir.

La troisième observation a trait à un malade qui au début a été jugé atteint de morve, et chez lequel on a soupçonné seulement la syphilis. Il s'agissait d'ulcérations dans les fosses nasales, de larges ulcérations sur la peau et de gonflements dans les bras. L'iodure de potassium et des toniques administrés ont guéri tous ces accidents en deux mois et quelques jours. Le malade est entré plus tard à l'hôpital Saint-Louis avec une syphilide tuberculeuse, deux mois après être guéri par l'iodure de potassium. M. Bazin, dans le service duquel était placé ce malade, a donné des toniques, du sirop de bi-

iodure et des bains alcalins. La guérison a été obtenue en trois mois. Voilà un exemple de syphilis qui guérirait d'abord avec l'iodure de potassium, puis par un petit traitement mercuriel de trois mois.

La quatrième observation se rapporte à un malade de M. Verneuil. Il s'agit d'un homme qui a un chancre unique et une roséole. M. Verneuil lui donne une pilule de proto-iodure de fer et du quinquina pendant deux mois, au bout desquels le malade sort non guéri. Il rentre à Saint-Louis vingt jours après, avec son chancre, une éruption de papules qui dans quelques points étaient recouvertes de croûtes, des nodosités sur les tibias, et un amaigrissement notable. On lui donne, du 8 au 15 novembre, tous les jours une cuillerée à bouche de liqueur de Van Swieten, 4 gramme d'iodure de potassium, 125 grammes de vin de quinquina et des bains sulfureux.

Ce malade est sorti avec des taches cuivrées sur le corps, des nodosités encore apparentes sur les tibias. Il m'est impossible de voir, dans cette observation, autre chose qu'une marque de l'efficacité du repos et de l'inefficacité du mercure.

Voici la cinquième observation de M. Dubuc :

Un homme, qui avait un chancre induré et une syphilide papuleuse, commence par prendre des pilules de proto-iodure et des bains de sublimé. Le chancre à peine cicatrisé, il apparaît une série de boutons d'ecthyma, dont plusieurs forment des ulcères, surtout à la tête. A ce moment, le traitement est changé : on donne de l'iodure de potassium après que le malade a pris des pilules pendant six mois environ sans être guéri.

Le malade entre à l'hôpital, dans le service de M. Lallier, avec des ulcérations de la tête taillées comme à l'emporte-pièce, et des cicatrices d'ecthyma et une éruption iodique. M. Lallier donne de l'iodure de potassium, mais le malade ne peut le supporter. L'observation n'est pas terminée.

Le sixième cas est des plus remarquables : c'est un exemple d'un individu qu'on nourrit de mercure pendant des années, et qui finit par mourir avec sa syphilis.

Au mois de décembre 1859, il y a un chancre induré que Bauchet traite pendant plus de sept semaines par le mercure ; malgré cela, une syphilide papuleuse et une iritis surviennent.

En 1860, une syphilide pustulo-crustacée apparaît sur la cuisse, et le malade entre dans le service de M. Bazin, à l'hôpital Saint-Louis. Là, pendant quatorze mois, le malade, qui avait une syphilide pustulo-crustacée serpiginieuse, puis une récurrence de son iritis, prend du sirop de bi-iodure ioduré, de la tisane de Felz, de l'iodure de potassium,

de l'émétique et de l'arsenic, et finit par guérir. Total : environ six ou huit mois de mercure, d'après mes suppositions.

En 1861, trois mois après être sorti de chez M. Bazin, le malade rentre dans le service de M. Cazenave, avec une récurrence de syphilide crustacée; il prend pendant cinq mois des pilules de sublimé et des fumigations de cinnabre; il sort non guéri.

Il rentre, le 16 août 1862, dans le service de M. Hardy, qui lui donne, outre 3 grammes d'iodure de potassium par jour, des toniques : vin et décoction de quinquina. L'amélioration est rapide, mais le malade a la mauvaise fortune de changer de médecin par suite de mutations dans les services, et se trouve sous la direction de M. Devergie, qui administre de l'huile de foie de morue et encore du mercure, du 6 janvier 1863 au 10 janvier 1864. Malgré ce traitement, le malade a eu deux poussées successives de syphilis, et avait une perforation de la cloison des fosses nasales, une laryngite. Le malade a été emporté par une pneumonie double.

L'autopsie, étudiée avec tous les moyens connus, a montré que le malade n'avait point de syphilis viscérale, et que la cirrhose du foie n'était pas syphilitique.

Total : vingt-deux à vingt-cinq mois de mercure pour rien, et les partisans du mercure n'ont pas même la ressource de dire qu'il s'agissait d'une syphilis très-grave; il n'y avait pas de syphilis viscérale.

La septième observation expose l'histoire d'un individu qui n'avait pas pris de mercure au début de sa syphilis, arrivée, croit-on, après des blennorrhagies répétées. Quoiqu'il n'y ait pas évidence qu'il n'ait pas pris de mercure, je le suppose néanmoins, car il avait été traité dans des hôpitaux militaires.

Ce malade, atteint de syphilide pustuleuse et de psoriasis syphilitiques, est traité par le sirop de bi-iodure ioduré, du 12 mai au 17 juillet 1863, ce qui n'empêche pas l'apparition de quelques ulcérations. Le malade sort guéri, mais le 2 novembre, il rentre avec des ulcères syphilitiques à marche serpentineuse. On lui donne de nouveau du bi-iodure, et le 23 février 1863, c'est-à-dire après quatre mois de traitement, le malade était encore à l'hôpital non guéri, mais en chemin d'amélioration, grâce aux toniques et à l'iodure de fer que faisait prendre au malade M. Bazin. Ici, calcul clair : on se dit : Le mercure n'a pas été donné, donnons-en, nous guérirons. Quatre mois après ce traitement, le malade rentrait à l'hôpital avec sa syphilis.

La huitième observation nous apprend qu'il s'agit d'un garçon qui a une syphilide squameuse et des plaques muqueuses, et qui est au début de la syphilis. Du 15 septembre 1863 au 4 octobre, 2 pilules de proto-iodure par jour. Malgré ce traitement, toutes les plaques

squammeuses se sont transformées en ulcérations. M. Gibert donne alors, le 25 octobre, le sirop de bi-iodure ioduré, à la dose de deux cuillerées à café par jour, et fait appliquer de la pommade au cinnabre sur les ulcères. Le mal marche moins vite. Il se transforme, et le 24 février 1864, le malade avait encore du psoriasis qui, dit l'observation, est devenu un psoriasis dartreux. Ceci laisse un point de doute dans mon esprit.

Enfin, la neuvième observation est tout à fait douteuse. Il s'agirait d'une vieille domestique de cinquante-trois ans, entrée à l'hôpital avec quelques plaques muqueuses, des syphilides pustuleuses et de l'ecthyma, et qui meurt avec un anasarque de l'ascite, plus une cirrhose syphilitique. Cette pauvre femme était malade depuis un mois. Elle a pris successivement, depuis son entrée à l'hôpital, 5 et 20 centigrammes de proto-iodure de mercure chaque jour et sans le moindre succès, et cela pendant un mois et demi.

Encore deux observations qui ne sont pas des miennes; je les emprunte à l'histoire naturelle de la syphilis de M. Diday (Paris, 1863).

« 1° Un monsieur âgé de trente-six ans eut, le 14 février 1855, un chancre. Dès le premier jour, il consulta M. le docteur Chauffard (d'Avignon), qui lui fit prendre 160 pilules mercurielles en un mois. M. le docteur Chauffard fils lui prescrivit ensuite, pour le deuxième mois, trois et quatre pilules de Dupuytren par jour. Au bout de deux mois une syphilide générale apparut; on lui fit prendre 250 pilules au proto-iodure. Après plusieurs récidives toujours renaissantes et toujours mercuriellement combattues durant deux ans, je le vis triste et affaibli, pâle et découragé et avec un ulcère profond à l'aile du nez, une périostose du tibia droit, ainsi qu'aux deux derniers métacarpiens de la main gauche.

« 2° A partir du quinzième jour de l'évolution de son chancre, un monsieur prit, en dix-huit mois, 4,200 pilules de Ricord (un mois environ après le début du chancre, il avait eu une poussée complète). Ayant donc fait son traitement de dix-huit mois, il va consulter M. Ricord, qui lui délivre une prescription de pilules mercurielles avec cette note : chancre infectant il y a dix-huit mois; traitement insuffisant; accidents secondaires. Il exécute l'ordonnance de M. Ricord; trois mois et demi après, je le vois porteur d'une double albuginite, avec une éruption pustulo-crustacée du front revenue depuis peu et un tremblement des mains. »

Ce sont là des syphilides malignes, dira-t-on, la chose est facile à affirmer; c'est une excuse qui explique l'insuccès du mercure. Mais qu'il me soit permis de le dire à nos adversaires : si vous croyez que le mercure ne peut pas réussir dans les syphilides malignes, je suis

en droit de croire, avec MM. Diday et Dolbeau, que quand le mercure réussit, c'est que la syphilis est bénigne et qu'elle peut guérir seule. Mais je ne veux point me servir de cette riposte; je préfère vous donner un exemple de syphilide maligne précoce guérissant sans mercure.

T..., Marguerite, âgée de 49 ans, est entrée le 44 avril 1866 dans mon service, avec des chancres mous de la vulve et un bubon suppuré à gauche, plus une vaginite avec une ulcération du col. Cette malade était dans cet état depuis deux mois.

D'un tempérament scrofuleux, et ayant eu la variole dans sa jeunesse, elle portait des cicatrices très-marquées de scrofulides et de petite vérole. Soumises d'abord à des cautérisations avec la solution de chlorure de zinc, les ulcérations ont promptement guéri, sauf celle du col; mais après deux mois de séjour à l'hôpital, une syphilide papuleuse généralisée est survenue, et était accompagnée de céphalée. La malade a été soumise au traitement tonique et réparateur: vin de quinquina, viandes rôties, 6 portions; poudre tonique contenant du fer réduit, de la poudre de cannelle et de la poudre de quinquina, de chacun, 0 gr. 50 centigrammes, puis, tous les quatre jours, la malade prenait un bain de sublimé et un bain sulfureux alternativement. Le 22 septembre, la malade sortait guérie et bien portante.

Le 22 novembre, la fille T... est rentrée dans mon service avec des ulcérations profondes des bras, de la face, du cou et du cuir chevelu, dont quelques-unes, recouvertes de croûtes verdâtres et du volume d'une pièce de 4 franc. Il n'y avait rien sur le corps et rien à la vulve; la malade était pâle et amaigrie. En un mot, la malade avait de l'ecthyma et arrivait aux accidents tertiaires de la syphilis.

Voici ce qui s'était passé dans l'intervalle des deux séjours à l'hôpital: la malade était allée dans un de ces asiles de charité où l'on tient des bonnes à la disposition du public. Dans ces établissements on travaille à la couture et l'on est nourri sobrement.

Toutes les ulcérations de la fille T... ont été cautérisées avec la solution de chlorure de zinc et pansées avec un linge enduit d'onguent de la mère, et recouvert d'un cataplasme. A l'intérieur il a été donné, tous les jours, une cuillerée à bouche de sirop d'iodure de fer, une cuillerée à bouche d'huile de foie de morue, du vin de quinquina, 425 gr.; de la poudre tonique; pendant quelques jours l'iodure de fer a été remplacé par l'iodure de potassium, 0 gr. 50 centig. par jour.

La malade mangeait 6 portions et deux côtelettes. Elle a pris un bain sulfureux et un bain salé alternativement tous les quatre jours, dès que l'état des ulcérations de son corps l'a permis.

Au commencement de mars les ulcérations sont cicatrisées, la ma-

• lade était encore à l'hôpital le 26 avril, ayant repris de l'embonpoint et de la fraîcheur de teint, et se disposant à quitter l'hôpital cette fois pour aller dans sa famille.

Ainsi en quatorze mois, et sans mercure, la malade est arrivée presque au même état que la domestique écossaise, et elle a guéri de même, en plus de temps, il est vrai ; mais comme il faut tenir compte de tout, je dirai que la fille T... ne se soignait pas, que j'étais obligé de faire panser les plus petits ulcères par mes élèves. Enfin, que plusieurs fois cette malade, qui sortait toujours dans les cours, a eu de la diarrhée et des rhumes qui la forçaient de rester au lit et l'affaiblissaient.

Enfin, et pour ne rien négliger, j'ajouterai que, hors de l'hôpital, notre malade était allée dans une maison de charité dont le régime comparé à l'hygiène de mon service est peu réconfortant, les pensionnaires mangent peu de viande et boivent une eau à peine rougie ; il y avait, chez ma malade, une anémie par défaut de réparation, et cet état demandait, pour être guéri, un certain temps.

Cette malade nous offre un cas de syphilis non contrariée par un traitement mercuriel qui guérit en proportion de l'expulsion progressive de la syphilis, et c'est ce fait que je voulais comparer à la domestique écossaise dont j'ai parlé plus haut.

En résumé, de ces faits il résulte que le traitement mercuriel n'a fait rien de plus que le traitement tonique, qu'il retarde la marche de la syphilis, comme on le pense depuis Hunter qui le reconnaissait lui-même sans s'en rendre compte. Ce court examen des observations enfin prouve clairement que bien administré, et pendant longtemps, le mercure n'empêche pas l'arrivée des accidents tertiaires, et ne guérit pas la syphilis.

Il a été dit que le mercure faisait vite disparaître l'induration chancreuse ; je puis citer des faits qui prouvent que le traitement par les cautérisations et les pommades telles que le cérat et les glycérolés sans mercure produisent le même résultat. J'ai, dans mon service, une malade qui est entrée avec un chancre induré de la lèvre supérieure, des plaques muqueuses à la vulve et une roséole papuleuse. J'ai cautérisé son chancre et je le lui ai pansé avec une pommade à l'onguent de la mère ; j'ai cautérisé ses plaques muqueuses, et je lui ai donné des bains sulés ; en trois semaines, le chancre induré et les plaques muqueuses avaient disparu et la roséole était éteinte.

On a dit que le mercure faisait vite disparaître les éruptions, empêchait les syphilis de devenir graves. Je veux prendre ici des observations des autres comme je le faisais tout à l'heure. J'ouvre le rapport remarquable de M. Depaul sur les faits de syphilis vaccinale

observés dans le Morbihan. (*Bull. Acad. méd.*, 1866-67, t. 32, p. 204.) Je trouve deux séries de faits, l'une plus détaillée et que j'explore. Il se trouve que, sur 47 enfants vaccinés avec un même virus, 45 seulement ont eu la syphilis; sur ces 45 enfants, 42 ont été mis au traitement mercuriel depuis le début de la syphilis jusqu'au moment où M. Depaul a vu les enfants. Trois enfants n'ont suivi aucun traitement mercuriel. Chose bizarre, les trois enfants non traités ont, au moment où M. Depaul les examine, des accidents moins graves que ceux qui ont été traités.

Il y a de la roséole généralisée chez ceux qui sont mis au mercure, dans 7 cas sur douze; 4 fois sur 3 seulement, chez les enfants non traités.

Les trois enfants non traités par le mercure n'ont présenté que des indurations peu marquées; sur les 42 autres enfants, il y avait 5 indurations franches.

Il n'y a eu de plaques muqueuses évidentes que chez les enfants traités par le mercure.

Enfin, un malade n'aurait rien eu après avoir subi le traitement spécifique. Ici je crois fort qu'il s'agit d'un enfant qui, comme les deux autres, était rebelle à la syphilis. En effet, au moment où M. Depaul l'a vu, il ne présentait aucun vestige de syphilis.

Pour qu'il n'y ait aucun doute, messieurs, je lis devant vous le tableau de la maladie des deux enfants qui étaient les plus malades; un de ceux qui n'avaient fait aucun traitement, un de ceux que l'on avait soumis au traitement mercuriel.

« Marguerite T..., dix-neuf mois, non encore sevrée, vaccinée le 42 juin. Nous trouvons une seule cicatrice au bras gauche, reposant sur une base encore un peu indurée; de l'adénite axillaire du côté gauche seulement; quelques papules de roséole sur le tronc près de la hanche; quelques taches lenticulaires sur la poitrine et les membres inférieurs. Rien à l'anus et aux parties génitales. État général mauvais, dépérissement depuis la vaccination. Aucun traitement n'a été suivi. »

« Louise M..., sept ans. Une seule cicatrice sur le bras droit de couleur cuivrée et à base indurée. Adénite axillaire droite, seulement indolente; adénite cervicale postérieure des deux côtés. Amaigrissement considérable, roséole généralisée très-confluente. Rien aux parties génitales, amygdales gonflées (une plaque muqueuse sur chacune d'elles); rien à la tête ou aux parties génitales. Traitement spécifique depuis un mois. »

Cette comparaison dispense de tout commentaire. On ne saurait dire un instant avec M. Verneuil que le traitement mercuriel a pour propriété de faire déterger le chancre huntérien.

On a dit encore que l'iritis était moins fréquente, quand on traitait les malades par le mercure. J'invoquerai, outre une des observations que j'ai empruntées à la thèse de M. Dubuc, des faits de mon service. J'ai eu 2 iritis chez les 43 malades auxquels j'ai donné du mercure, et sur les 95 malades que j'ai traités par la simple médication tonique, je n'en ai vu que 5, et il est rentré depuis, dans mes salles, 2 malades traités sans mercure avec une iritis.

Enfin le mercure donné au moment de l'apparition d'un chancre induré empêche-t-il l'apparition des accidents secondaires ? M. Diday dit que non, et il cite des faits.

Je veux bien que des individus ayant pris du mercure pour un chancre induré n'aient eu par la suite aucun autre accident, mais je pense que cela ne prouve rien. Il y a des malades dont toute la syphilis se borne à un chancre induré. Voici ce que j'ai vu chez mes malades : sur 7 chancres indurés, 2 n'ont été suivis d'aucun accident, et j'ai gardé les malades, l'une huit mois, l'autre six mois dans mon service. La première malade avait une paralysie hystérique qui a récidivé après le départ de l'hôpital, et la malade est revenue passer encore trois mois dans la salle de médecine, ne présentant pas traces de syphilis. Si dans ces deux cas le mercure avait été administré, on n'aurait pas manqué de dire que le mercure avait empêché la production des accidents secondaires, ou qu'il en avait retardé l'apparition. Vous voyez encore la valeur de ce dernier argument des partisans du mercure.

Examinons, messieurs, ce que vaut le mercure envisagé au point de vue de la physiologie pathologique de la syphilis, et avec les documents fournis à la thérapeutique par les recherches modernes.

Le mercure est depuis longtemps reconnu un médicament débilitant. Dans l'industrie des glaces on le classe comme poison, et nous savons les maladies que cause ce métalloïde.

Les livres de chimie, depuis Orfila, Mialhe et M. Trousseau, ainsi que M. Dolbeau vous l'a rappelé, enseignent que le mercure cause une anémie. Aujourd'hui l'on pense encore que le sérum du sang est altéré par le mercure, et l'on sait que le mercure cause la salivation et une stomatite, quelques auteurs vont même plus loin. L'action du mercure en dehors de toutes les suggestions de l'empirisme est donc une altération du sang.

J'ai entendu M. Verneuil dire que le mercure n'empêchait pas les malades de reprendre de l'embonpoint. Je n'ai pas vu cela, mais, sans vouloir constater une opposition plus grande entre l'opinion de M. Verneuil et la mienne, je dirai que j'arrive à rendre un solide embonpoint à la grande majorité de mes malades par le traitement

tonique simple. Comme les partisans du mercure donnent un traitement tonique en même temps que le mercure, je pense que la bonne nourriture et le bon régime atténuent les effets du mercure d'abord et qu'ils rendent ensuite l'embonpoint aux malades. Le mercure étant un altérant, il débilite, et la syphilis est une intoxication, une maladie qui débilite. Que les partisans du mercure le reconnaissent donc, ils admettent qu'ils intoxiquent lentement un malade intoxiqué, ils débilitent pour une maladie débilitante, et cette thérapeutique de la syphilis n'a d'analogue que les saignées ou la diète.

La nouvelle école thérapeutique, dont un des représentants les plus autorisés chez nous est le professeur Sée, envisage la syphilis comme une maladie néoplasique et le mercure comme un agent capable de détruire la tendance aux néoplasies. Il faut s'entendre; les néoplasies sont des choses connues mais autrement appelées; les inflammations sont devenues, grâce au néologisme allemand, des néoplasies, les diathèses sont devenues des maladies à néoplasies successives. Je ne m'arrêterai point à ces formes de langage, c'est une mode, passons. Il semble donc résulter que le mercure aurait une action pour arrêter les inflammations ou les poussées inflammatoires. Ceci, nous ne le nions pas plus que personne, mais je ne puis admettre une action élective du mercure pour paralyser les tendances aux néoplasies syphilitiques.

Oui, le mercure administré lentement arrête les néoplasies comme altérant, il les arrête comme la saignée, la diète et les purgatifs, mais il ne peut agir qu'autant qu'il débilite. Au moment où il ne débilite plus, son action est nulle. Quand il agit, que fait-il? Comme la saignée et la diète, il affaiblit l'économie tout entière, car s'il peut arrêter la nutrition au point où il y a une néoplasie avec un exsudat, il l'arrête aussi dans les organes sains.

Mais encore, pour que la théorie fût vraie, il faudrait prouver qu'au début la vérole est constituée par une tendance aux néoplasies et non par une intoxication. Il faudrait prouver que la syphilis est atténuée quand, comme le dit M. Virchow, on en a guéri les symptômes. Enfin, il faudrait prouver que les manifestations syphilitiques, dont on attribue la guérison au mercure, ne guérissent pas seules naturellement.

Toute mon argumentation a eu pour but de montrer qu'il était impossible de donner les deux dernières preuves.

La preuve de la nature néoplasique de la syphilis à son début ne peut exister par le fait même que la syphilis est reconnue comme une maladie virulente à marche chronique, un empoisonnement, ainsi que vous le disait tout à l'heure M. Velpeau.

Je termine par une profession de foi. J'aurais la syphilis, je ne prendrais pas de mercure; c'est ce qui vous explique pourquoi je n'en ai point donné à mes malades,

Dès le principe, d'après ce que j'ai vu et lu, j'ai douté du mercure, parce que j'ai comparé la vérole aux autres maladies virulentes, telles que la variole, la morve et l'infection purulente, parce que j'ai été persuadé que, dans les lésions de toute l'économie, du sang, pour mieux dire, aucun contre-poison spécifique ne pouvait guérir; M. Verneuil, lui aussi, a comparé la vérole aux empoisonnements et aux diathèses, et a dit qu'il fallait traiter la syphilis comme les empoisonnements. Je suis tout à fait de son avis; mais je veux être logique, et comme je ne connais aucun contre-poison qui agisse dans le sang sur le poison qu'il renferme, je ne crois pas à l'action spécifique du mercure contre la syphilis.

Les contre-poisons des corps toxiques n'agissent que dans l'estomac ou l'intestin, où ils neutralisent les poisons. Mais par exemple, lorsqu'il a été absorbé du phosphore, la craie, qui est si bonne quand le phosphore est encore dans l'estomac, devient tout à fait impuissante.

Je sais bien que l'on va me dire: Et l'opium dans le délirium tremens, et le sulfate de quinine dans la fièvre intermittente, et l'antagonisme de l'opium et de la belladone!

L'opium n'est point le contre-poison de l'alcool, il engourdit les malades pendant que ceux-ci expulsent, par les voies respiratoires, l'excès d'alcool qu'ils ont absorbé.

Le sulfate de quinine produit une perturbation momentanée, une action antipériodique, pendant que les malades éliminent lentement le miasme paludéen. Et cela est si vrai, que le sulfate de quinine est un antipériodique qui arrête le retour intermittent des névralgies et la succession régulière des arthrites du rhumatisme articulaire aigu.

La belladone combat les effets de l'opium, c'est vrai. Mais comment? Parce que la belladone produit une perturbation opposée à celle de l'opium, comme le vomitif réveille les contractions stomacales paralysées par un excès d'aliments indigestes. Et l'on ne peut pas plus dire que la belladone soit le contre-poison spécifique de l'opium, que l'on ne doit admettre que l'ipéca soit le contre-poison spécifique de la mie de pain mal cuite.

A aucun égard le mercure ne saurait donc être reconnu comme un spécifique, si ce n'est toutefois à cause de sa propriété de produire la salivation, cet acte perturbateur depuis longtemps reconnu inutile pour le traitement de la syphilis.

De ce que la syphilis se gagne en secret, ce n'est pas une raison pour en faire une maladie singulière, au lieu d'une simple intoxication.

tion, débutant d'une façon variable et se manifestant ensuite comme une fièvre éruptive, et plus tard comme une diathèse, le scorbut et la scrofule.

Or la physiologie pathologique nous enseigne que les poisons introduits dans le sang causent une mort immédiate ou une lésion qui se révèle par des manifestations successives variables, ayant toutes pour caractère une tendance à une expulsion de produits altérés. Ainsi le pus des pustules varioleuses, des pustules farcineuses, des papulo-pustules iodiques, qui sort de l'économie comme s'il s'agissait de l'expulsion de corps étrangers, dont la chirurgie constate chaque jour l'élimination spontanée. L'antiquité appelait ces phénomènes des crises; vingt siècles après, nous les appelons des poussées. Ne nous préoccupons donc pas plus des éruptions syphilitiques que des éruptions de variole, de ces éruptions discrètes qu'on observe dans les infections, et joignons à un simple traitement topique local, un excellent régime, propre à soutenir la nutrition de l'individu pendant qu'il élimine ce qu'il y a eu en lui de contaminé par le virus syphilitique.

Ce traitement tonique et réparateur est depuis longtemps uni au traitement mercuriel. M. Diday a vanté ce traitement seul dans les cas de syphilis bénigne, je suis cette voie. Vous avez vu, par les observations que je vous ai lues, que je donne à mes malades de quoi réparer leur sang, une bonne nourriture, du fer, du quinquina, des alcalins, tels que : l'iodure de potassium, les bains salés; l'huile de foie de morue, comme agent nutritif plus que comme spécifique. Je baigne les malades pour entretenir les fonctions de leur peau, je leur recommande un peu d'exercice, et il en résulte que, dans mon service, mes malades, tout en étant au régime tonique, vivent de la vie de l'enfance, une bonne nourriture, beaucoup de sommeil et un exercice réparateur.

Les syphilis faibles sont traitées pendant trois mois, les syphilis fortes six mois et plus, et quand je vois mes malades reprendre un bon teint et de l'embonpoint, je les laisse partir en leur recommandant de suivre au dehors un régime et un genre de vie analogues à ceux qu'elles observaient à l'hôpital. Ce que j'ai vu jusqu'ici m'a affermi dans mes convictions. J'ai revu des malades un an après le traitement et qui étaient bien guéries.

J'ai vu aussi revenir des malades qui ont suivi régulièrement, à l'hôpital, un traitement de trois mois. Je ne m'en suis pas étonné. Il y a des malades qui, à peine sorties de l'hôpital, défont ce que j'ai fait, courent les bals et les mauvais lieux, ne prennent aucun soin, ou n'ont pas le moyen de manger une nourriture suffisante. Celles-là ont des récidives de plaques muqueuses pendant un temps indéfini.

D'autres malades ont des retours d'accidents plus graves, à cause de leur santé chétive, qui ne pouvait être rétablie en trois ou quatre mois. Et puis, s'il est des syphilides malignes pour ceux qui donnent du mercure, il en est aussi pour ceux qui n'en donnent pas. J'ai dans mon service, dans ce moment, une malade, qui passe depuis le 2 février par les syphilides secondaires, qui a en ce moment une choréïdite, et qui est longue à se débarrasser d'une poussée de syphilide papulo-squammeuse. Cette malade venait d'accoucher quand elle a gagné la syphilis, et j'explique aussi par les mauvaises conditions de cette femme, au moment de l'infection, la gravité de sa syphilis, qui toutefois ne guérira pas moins sans mercure.

Il reste, certes, un point obscur dans mon esprit, et je suis obligé d'avouer que je donnerais plus de force à mon argumentation, si je pouvais dire quelle est la durée de la syphilis; combien un individu peut mettre de temps à réparer son sang, à éliminer tout ce que ce dernier renferme de mauvais; combien il faut de temps au sang pour reconquérir les qualités de la santé. Mais on ne peut tout savoir à la fois, et j'espère qu'un jour viendra où on le saura, même en tenant compte des conditions individuelles. On sait presque combien de temps met à guérir la scrofule, cette maladie qui a de si profondes analogies avec la syphilis. En effet, quand, après de l'impétigo, des maux d'yeux et des adénites ou après des périostoses (lésions que M. Bazin a si bien appelées des gommescrofuleuses); quand les périostoses ont guéri, si les enfants continuent à prendre des toniques, à habiter un endroit aéré, la guérison se maintient. Combien n'avons-nous pas vu d'ailleurs d'individus déjà âgés, couverts de cicatrices qui ont été le résultat de lésions multiples entre l'âge de 7 et 44 ans, et qui n'ont eu, dans toute leur vie, aucune autre manifestation de la scrofule! Combien n'en avons-nous pas même vu, en comparaison de ceux qui sont scrofuleux et misérables à la fois, et chez qui la phthisie pulmonaire et les tumeurs blanches terminent une vie minée par la misère autant que par la scrofule!

Pour me résumer, je ne dirai pas avec Massa, puis Ritter et tant d'autres au siècle dernier, avec Gauthier (de Lyon), qui, depuis 1843, a ouvert la voie aux syphiliographes de l'école lyonnaise, et avec MM. Diday et Hermann (de Vienne), que le mercure cause une aggravation de la syphilis, une hydrargyrie qui double la syphilis. Cela peut être dans certains cas, mais il y a exagération, car si la liqueur de Van Swieten, les frictions mercurielles, sont dangereuses, le proto-iodure, tel que le donne le maître, en fait de syphilis, M. Ricord, est moins redoutable. Tout dépend d'ailleurs de la dose à laquelle est donné le médicament.

Je crois que le traitement tonique est le traitement physiologique de la syphilis, que les traitements mercuriels qui réussissent, sont ceux que l'on associe à un très-bon régime tonique, qui est alors seul véritablement efficace.

Jusqu'à ce qu'il me soit démontré par des observations, par des statistiques bien faites et qui renversent les nôtres, que le mercure qui, dans certains cas, produit si vite la salivation, agit aussi promptement sur les accidents syphilitiques généraux ; que le mercure atténue mieux toute espèce de syphilis que la médication tonique et reconstituante, je dirai : les médecins ont prescrit le mercure en copiant Rhasès, qui le donnait dans l'impétigo ; ils raisonnent d'après l'hypothèse non justifiée de Swediaur (la possibilité du mélange du mercure avec le venin dans le sang, et une action chimique directe sur le venin) ; ils suivent une tradition par habitude, oubliant les tendances qui, depuis quatre siècles, s'opposent à l'administration du mercure ; Van Swieten, condamnant les frictions mercurielles et les salivations provoquées préconisées par Boerhaave ; l'école de Montpellier, cherchant à pallier les effets du mercure en proportion des excès d'action débilissante de ce médicament ; Hunter même et M. Diday, montrant que des syphilis peuvent guérir seules. Quant à nous, qui parlons après ceux-ci, nous ne croyons pas qu'un médicament empirique, n'agissant pas à volonté et devant l'expérience journalière pour arrêter la syphilis, puisse être un contre-poison spécifique de la vérole, nous jugeons inutile d'employer, dans les infections, un médicament qui fait corps étranger dans le sang, ne s'assimile à aucune humeur et qui, lorsqu'il n'exerce point sur la bouche une action perturbatrice fâcheuse, ne sollicite ni ne suspend l'exercice régulier d'aucune fonction.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 22 MAI 1867.

Présidence de M. LEGUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

— **M. LE SECRÉTAIRE** donne lecture du procès-verbal de la séance précédente. (Adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. J'ai l'honneur d'informer la Société que nous avons eu la douleur de perdre notre président, M. Follin.

Suivant les usages académiques, je crois devoir lever la séance.

La séance est levée.

Le secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 29 MAI 1867.

Présidence de M. LEGUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux de la semaine ;

Description de la voiture et wagons hôpital, des cacolets et brancards pour le transport des blessés et malades, particulièrement en guerre, construits d'après les indications du docteur Bertani, par Al. Locati, de Turin.

Anatomie et physiologie du poumon, par le docteur Psort, avec figures dans le texte ;

Encore quelques mots sur la contagion du choléra épidémique, par V. Seux, de Marseille ;

Bulletin de la Société de médecine pratique, année 1866 ;

Compte rendu des travaux de la Société des sciences médicales de Paris, année 1865 ;

Della compressione e di altri mezzi chirurgici adoperati nella cura di varii esterni aneurismi nel corce di oltre 30 anni, par Francesco Rizzoli, de Bologne.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Bonnafont, médecin principal en retraite, sur le traitement de la syphilis. La Société décide que ce travail sera déposé honorablement aux archives et qu'un extrait sera publié dans le *Bulletin*.

« La question du traitement de la syphilis intéresse la science et l'humanité tout entière. Je ferai donc connaître les observations que j'ai pu faire dans le cours de ma longue pratique dans la médecine militaire.

Jetons d'abord un coup d'œil rétrospectif sur les différentes phases qu'a subi le traitement mercuriel depuis son origine.

Quelques années avant 1496, la vérole faisait des ravages effrayants que n'arrêtaient ni les dépuratifs, ni les purgatifs, ni les altérants. D'une autre part, le mercure était employé depuis un siècle environ contre les maladies de la peau, la gale surtout ; or un médecin dont le nom est resté inconnu, considérant la vérole comme une maladie cutanée, eut l'idée de lui opposer ce remède.

Les résultats furent prodigieux, aussi l'emploi du mercure devint général et, malgré de nombreux échecs, ne rencontra point d'opposition pendant deux siècles. Mais la manière abusive et souvent défectueuse dont il était administré lui suscitèrent des adversaires acharnés. En 1782, Stanislas Mittié voulut le remplacer par une médication purement végétale, dénonça à la commune de Paris les accidents qu'il produisait.

En 1812, même proscription ; survint alors le règne de la médecine physiologique. Les chirurgiens militaires, Desruelles en tête, rejetèrent le mercure et lui substituèrent le traitement antiphlogistique qui, pendant plusieurs années, fut appliqué d'une manière exclusive au Val-de-Grâce, excepté par le vénérable Gama, qui n'adoptait pas entièrement les idées nouvelles, et donnait encore du mercure à l'intérieur.

Les idées de Desruelles firent de nombreux prosélytes en France et à l'étranger, surtout en Suède et en Norwège ; toutefois elles ne furent point adoptées à l'hôpital des Capucins.

Prosecteur de Desruelles, j'embrassai sa doctrine avec enthousiasme ; en 1830, je fus envoyé en Afrique et chargé comme aide-major du service des vénériens de l'hôpital du Dey, service important qui renfermait toujours de 150 à 200 malades.

Pendant les trois premiers mois, les résultats parurent si satisfaisants que j'en informai mon maître, mais ils devinrent dans la suite moins favorables, et je constatai dans le trimestre suivant un grand nombre de rechutes qui ébranlèrent mes convictions.

Avant de modifier ma pratique je voulus expérimenter ; la moitié des malades fut soumise au traitement antiphlogistique, l'autre moitié à l'usage des pilules de Dupuytren.

Des notes exactes furent prises et par moi et par les chirurgiens des corps. Cinq ou six mois suffirent pour nous éclairer et nous apprendre qu'avec le traitement spécifique, la durée du séjour à l'hôpital était d'un quart moins longue et les récidives de moitié moins nombreuses.

Partout où les mêmes expériences ont été répétées, elles ont donné

le même résultat aussi bien en Suède, en Norwège qu'en Allemagne et en Danemark, ce que m'a récemment confirmé le docteur Saxtoph, conseiller d'État. Tous ceux qui avaient adopté d'abord la méthode de Desruelles en sont revenus au traitement mercuriel.

J'adopte complètement les conclusions que vient de formuler M. Verneuil, et vais même plus loin que lui. Considérant d'une part l'innocuité du mercure bien administré, et de l'autre la difficulté fréquente de distinguer l'ulcère infectant de celui qui ne l'est pas, j'ai toujours préféré administrer le mercure aux malades qui, à la rigueur, auraient pu s'en passer, que d'y soustraire ceux chez lesquels il pouvait être rigoureusement indiqué; de nombreux exemples d'accidents résultant d'erreurs commises par des praticiens honorables, moins affermis dans cette manière de voir.»

2° Une observation d'éléphantiasis du scrotum, opéré avec succès, par M. le docteur Bétaniée, de Porto-Rico. Une photographie est jointe à l'observation. (Déposé aux archives.)

3° Observation de coxalgie avec pièce anatomique, par M. Henry Bonnet, médecin en chef à l'asile de Maréville. (Commissaire : M. Depaul.)

COMMUNICATIONS.

M. AUBRÉ (de Rennes) donne lecture d'une observation ayant pour titre : *Luxation latérale externe du coude*. (Renvoyé à une commission composée de MM. Després, Saint-Germain et Tillaux.)

Nouveau procédé pour l'opération de l'ongle incarné.

M. LEROY D'ÉTIOLLES donne la description d'un procédé opératoire imaginé par son père et destiné à obtenir la cure radicale de l'ongle incarné. Il soumet à l'examen de la Société un malade qui a été opéré il y a plusieurs semaines.

M. LE PRÉSIDENT. J'ai l'honneur d'informer la Société qu'elle a été représentée, aux obsèques de M. Follin, par les membres du bureau et par un grand nombre de nos collègues.

J'invite M. le secrétaire général à donner lecture du discours qu'il a prononcé au nom de la Société de chirurgie.

Messieurs,

« Eugène Follin, président de la Société de chirurgie, vient de mourir.

« La Société de chirurgie, au nom de laquelle je prends la parole en ce triste moment, est plus que personne en mesure de

comprendre l'étendue de la perte que vient de faire la science française.

« Il y a quinze ans, ses travaux étaient dédaignés ou à peine connus, on lui refusait alors ce que personne ne songe à lui contester aujourd'hui, une influence légitime sur les tendances et les progrès de la chirurgie contemporaine. Dès 1852 cependant, Follin, pressentant avec sa perspicacité précoce l'avenir brillant réservé à vos efforts, se présentait à vos suffrages; ne pouvant compter parmi les membres fondateurs, il voulait du moins être un ouvrier des premières heures. Les portes s'ouvrirent largement, car, de votre côté, vous aviez deviné dans le simple prosecteur d'alors un de ces hommes d'élite qui font l'honneur et la force des associations scientifiques qui savent les appeler à temps. Vous n'eûtes qu'à vous applaudir de votre choix, car depuis cette époque, et avec un zèle qui ne s'est jamais démenti, notre regretté collègue a pris sans cesse une part active à votre œuvre, comme le prouverait un simple coup d'œil jeté sur nos publications.

« Là même on suivrait aisément la trace de ces métamorphoses que subissent dans notre pays, ennemi de la spécialisation, la plupart des savants qui, d'étapes en étapes, arrivent à être les premiers praticiens du monde sans oublier jamais les fécondes études de l'amphithéâtre, du laboratoire, de la bibliothèque et de l'hôpital.

« En ce temps-là, Follin, presque élève encore, venait siéger à côté de ses maîtres, mais grâce à la puissance de son esprit, et à l'opiniâtreté de son travail, les distances furent rapidement effacées, et bientôt il fut traité par vous comme un égal, et vous eûtes raison, car pour les intelligences de cette portée la maturité vient vite : l'arbre portant à la fois les fleurs de la jeunesse et les fruits de l'âge viril.

« Lorsqu'il entra dans vos rangs, Follin avait déjà payé un large tribut aux sciences qui préparent à l'exercice difficile de notre art; il s'était montré anatomiste consommé, expérimentateur ingénieux, opérateur habile. Tout ce que le scalpel peut apprendre, il le savait; l'histologie venait, avec Lebert et Robin, de s'introduire dans le programme de nos études, il y excella tout aussitôt, et prit part à la grande révolution que le microscope allait opérer dans l'histoire anatomique et clinique des productions accidentelles. Il connaissait à fond l'art difficile d'interroger l'homme souffrant et de recueillir au lit du malade ces observations précieuses qui constituent pour la pathologie la base la plus solide; une immense lecture lui avait fourni les matériaux d'une vaste érudition, et jusqu'à la pathologie comparée, il avait tout abordé et presque tout approfondi. L'année même

où vous l'admettiez, il était nommé agrégé en chirurgie et chirurgien du Bureau central, triple triomphe attendu, mérité, auquel tout le monde applaudit; triple tribune pour faire voir ce qu'il savait, ce qu'il valait.

« Follin n'avait pas encore trente ans, sa constitution paraissait excellente, son intelligence infatigable, les nécessités pécuniaires ne menaçaient point d'entraver sa marche, il avait des amis nombreux et dévoués parmi les puissants et parmi ses émules; son caractère loyal et indépendant lui valait déjà cette estime, cette considération qu'on n'accorde en général qu'à l'âge mûr; possédant sur lui-même et sur ses actes un empire absolu, sachant à propos ou parler ou se taire, il unissait la circonspection à la franchise, la finesse à la fermeté; il se laissait guider par des principes droits, simples et sûrs dont il ne faisait point étalage, aussi jamais une démarche hasardeuse, jamais de fausse route, jamais de pas perdus, ni de retraite nécessaire, en un mot, chose bien rare, il possédait dès son entrée dans la vie sérieuse le calme de la force, la sérénité de la philosophie et l'expérience de la sagesse.

« Grâce à ces dons précieux, il n'y avait à l'horizon point de nuages, et sur la route future ni ronces, ni barrières. Aussi grandissait-il sans cesse, et parvenait-il sans secousse au premier rang.

« Toutes les qualités de l'homme se retrouvaient dans le savant et le praticien. La parole est brillante, rapide, mais peu sûre, parfois elle s'élance au delà ou reste en deçà de la pensée; elle peut, par conséquent, la trahir ou la défigurer. La plume est plus fidèle; Follin s'en servait admirablement; son style est aussi remarquable par la lucidité que par la solidité; l'élégance, l'esprit, la couleur, n'y font point défaut, et je pourrais citer plus d'un morceau de critique ou de polémique plein de sel attique ou de verve gauloise, de raillerie fine ou d'ironie mordante, que ne désavoueraient par les maîtres les plus exercés dans notre belle langue. On reconnaissait dans ce style sobre et nourri l'écho d'une éducation classique très-forte, incessamment entretenue par des études littéraires que notre ami n'abandonna jamais. Ses tendances scientifiques ne sont pas moins remarquables. Naturellement il mettait au premier rang la vérité et l'exactitude, qui, dans l'espèce, ne sont que des formes de la probité et de la droiture; il professait avant tout le culte des faits précis et de l'observation rigoureuse; son esprit sagace et positif était rebelle à l'hypothèse incertaine et aux idées spéculatives. Le progrès futur étant une conséquence nécessaire du progrès passé, il savait bien que l'avenir nous prépare des surprises et recèle mainte vérité encore entourée

de brouillards, mais aussi il savait attendre, et se défiait des généralisations prématurées; le plus souvent il tentait lui-même de pénétrer les ténèbres. On constate, en effet, dans ses travaux, une propension très-marquée à chercher le nouveau, et une aptitude décidée à l'initiative et au mouvement. Sentinelle vigilante, très au courant de la littérature française et étrangère, il guettait, en quelque sorte, et arrêta au passage toutes les découvertes et innovations dignes de quelque attention. La chose tout aussitôt était examinée, expérimentée, appréciée, jugée avec l'aide d'un bon sens incomparable et le secours de la meilleure méthode scientifique, c'est ainsi qu'il a inséré dans les *Archives de médecine* et ailleurs une foule de verdicts qui, jusqu'à nouvel ordre, conservent force de loi.

« Je pourrais citer vingt exemples prouvant que Follin était un esprit original et inventif en même temps qu'un vulgarisateur éclairé.

« Pour poser sa candidature à la Société de chirurgie, il vous présentait ses recherches sur l'examen des milieux de l'œil à l'aide de l'ophthalmoscope; le premier en France il avait compris la valeur de l'instrument d'Helmholtz et l'avait même perfectionné. Vous savez quel immense profit en a depuis tiré la chirurgie oculaire.

« Les Américains nous apportent un excellent procédé pour la guérison de la fistule vésico-vaginale : aussitôt les *Archives de médecine* publient avec des faits inédits la description claire et complète de l'opération nouvelle.

« Les résections renaissent partout autour de nous, en Allemagne, en Angleterre, en Amérique, Follin les étudie et les pratique; il en discute les indications et les contre-indications.

« Les doctrines syphilitiques sont soumises à une révision radicale; le vieil édifice croule et s'effondre, nouvelle occasion pour notre collègue de montrer son judicieux esprit; il écrit dans son livre un long article sur les maladies vénériennes, et y juge magistralement les dogmes nouveaux.

« Je puis l'affirmer sans crainte d'être contredit, il n'est pas un seul point à l'ordre du jour que Follin n'ait contribué à éclairer par ses recherches propres ou par ses appréciations. Bien des fois nous avons profité des ressources inépuisables de son érudition et de son jugement, et vous savez de quel poids son opinion pesait dans nos débats, lorsque ceux-ci portaient sur des sujets litigieux ou nouveaux.

« Presque tous nous avons vu Follin à l'œuvre, soit à l'hôpital, soit dans la clientèle privée; il offrait le type accompli du praticien

doublé du savant. Chaque acte de sa main, chaque décision de son esprit traduisaient son instruction profonde; il appartenait d'ailleurs à cette école, enfin victorieuse aujourd'hui, qui respecte avant tout la vie et l'avenir d'autrui, et subordonne sans regret l'intérêt de la science et l'intérêt personnel à celui du malade; point de témérité, point de timidité, partout et toujours la juste mesure dans l'action et dans l'abstention.

« En traçant le court panégyrique que vous venez d'entendre, j'ai la conscience de n'avoir rien exagéré; en toute sincérité cette belle médaille n'avait point de revers, et nulle part je n'aperçois d'ombre au tableau. Par le chemin franchi en si peu d'années vous pouvez comprendre quelle brillante carrière eût parcourue Follin, si de plus longs jours lui avaient été répartis par le sort. Peut-être, après avoir payé à cette chère mémoire un juste tribut de regrets, pourrait-on penser qu'après tout la science est un arbre vigoureux qui, trouvant dans notre patrie un sol fécond, remplacera sans peine la branche brisée par une autre branche aussi robuste; ce serait une erreur, les hommes de cette trempe sont rares dans tous les pays, et à toutes les époques, bien des générations s'épuisent sans en produire de pareils. Les connaissances humaines sont d'ailleurs si multiples qu'il n'est accordé à chaque profession qu'une part restreinte dans la répartition des grandes intelligences. Dans l'amphithéâtre de la science les bancs sont inégalement remplis; au bas la foule est compacte, un vide est bientôt comblé, au sommet quelques individualités puissantes sont assises, largement espacées; si l'une d'elles s'éteint, la couronne perd un de ses fleurons. Oui, les pertes de ce genre sont irréparables, et je me refuse à croire que la science chirurgicale n'aurait point souffert si Ambroise Paré, J. L. Petit, Boyer et tant d'autres vieillards illustres avaient péri à l'âge de Follin.

« N'oublions pas que, dans un total, toute unité qui disparaît amène un déficit certain. Sans doute, l'accomplissement définitif du grand œuvre se fera dans le temps, mais à coup sûr le retard est inévitable.

« Messieurs, c'est jusqu'ici le secrétaire général de la Société de chirurgie qui vous a parlé, c'est l'homme public qu'il a voulu faire connaître. Que vous dirais-je, si j'exprimais comme ami mes louanges et mes regrets? Depuis 1846 (les affections de vingt ans sont encore rares à mon âge) je n'ai point quitté Follin; nous avons vécu dans l'intimité cordiale des hôpitaux et de l'École pratique, nous avons suivi la même voie, soutenu les mêmes luttes, affronté les mêmes obstacles; jamais un nuage n'a passé entre nous; j'ai pu juger tous les trésors de cette noble nature, sonder tous les replis de ce cœur

bienveillant. Moins avancé que lui dans la carrière, que de fois j'ai profité de ses conseils et de son exemple ! combien souvent il m'a encouragé dans les moments où je me sentais faiblir !

« Quand on a traversé de concert et en s'appuyant l'un sur l'autre les épreuves de la jeunesse, et quand on a touché le port, on s'attend bien à vieillir ensemble et à descendre du même pas dans la tombe. Quel étonnement, quelle douleur de voir la mort vous trahir quand l'amitié vous a toujours été fidèle, et de garder toujours près de soi une place qui ne sera plus occupée. Il y a vingt ans, gaiement nous partions trois à la poursuite de la gloire, réunis d'abord par le hasard, bientôt associés pour la vie par une similitude complète d'idées et de tendances. Aujourd'hui, le faisceau est rompu, Broca seul me reste. Il nous faudra bien mourir à notre tour ; que le sort m'épargne du moins la douleur de survivre seul à mes plus sincères, à mes plus durables amitiés. »

Discussion sur le traitement de la syphilis (suite).

M. DEPAUL. Le traitement mercuriel administré contre les accidents syphilitiques, a rencontré, dans la Société de chirurgie, plusieurs adversaires.

En entendant le rapport de notre collègue M. Dolbeau, j'avais été surpris de l'exclusion dont il semblait vouloir frapper le mercure dans le traitement de la syphilis. Depuis, notre collègue m'a paru avoir quelque peu adouci la rigueur de ses conclusions ; je n'ai donc point d'objection à lui adresser.

Quant à M. Perrin, qui est lui-même un adversaire du mercure, quoique à un degré différent de M. Dolbeau, je lui dirai que jamais personne n'a cru au traitement préventif de la vérole.

M. Perrin conclut de ses expériences que l'emploi des mercuriaux abrège la durée de la syphilis ; j'avoue que je ne comprends pas bien ce que cela veut dire, mais je n'insisterai pas, car ce ne sont là que des nuances, et je n'ai pris la parole que parce qu'il s'est trouvé ici un adversaire déclaré et exclusif du mercure. M. Després a des convictions très-absolues ; il n'hésite point à dire que le mercure est inutile et même dangereux à toutes les périodes de la syphilis. Je crois faire acte de bon médecin en m'opposant de toutes mes forces à la propagation d'idées que je crois funestes.

J'arrive aux arguments de M. Després. Notre collègue parle d'abord d'une statistique qu'il a dressée pendant les dix-huit mois qu'il a exercé à l'hôpital de Lourcine. Il a observé 234 malades ; les uns avaient subi ailleurs le traitement mercuriel, les autres étaient sou-

mises à l'expectation. M. Després déclare que les résultats ont été plus satisfaisants chez les malades non traitées.

Pour faire une bonne statistique, il est nécessaire de fournir des observations rigoureuses. M. Després a omis d'apporter les siennes, et je déclare que, dans tous les cas, elles seraient insuffisantes. M. Després s'en est rapporté aux renseignements qui lui ont été donnés par les malades elles-mêmes; il ne sait point quand et comment avait été administré le mercure, il ignore la durée du traitement.

Nous savons tous que beaucoup de malades sont traités de leur vérole d'une manière très-défectueuse; il faut, pour juger le traitement mercuriel, avoir administré convenablement le médicament, il faut aussi avoir suivi longtemps les malades. Tous ces éléments manquent évidemment à M. Després. Notre collègue s'est contenté, dit-il, pour guérir la syphilis, de l'emploi d'un traitement qu'il désigne sous le nom de tonique et réparateur; nous savons tous à quoi nous en tenir à ce sujet; le régime des hôpitaux est loin d'être aussi succulent que le ferait supposer l'épithète pompeuse qu'emploie M. Després. Les malades ainsi traitées sont sorties, après quelques semaines de séjour à l'hôpital; les accidents avaient disparu; on les déclare guéries. Je vais vous démontrer qu'il n'en est rien. Je vous citerai par exemple l'observation d'une femme, qui, après avoir été soignée par M. Després, s'est fait admettre ensuite dans le service d'accouchements de la Clinique. Lorsqu'elle entra chez M. Després, cette jeune femme était grosse de quatre ou cinq mois; elle fut renvoyée guérie après un mois de traitement; quinze jours après, elle entra à la Clinique, et je constatai l'existence de plaques muqueuses énormes. Depuis, cette femme est accouchée d'un enfant mort et macéré; nous avons estimé que la mort de l'enfant remontait à douze ou quatorze jours. Ce fait soulève une question grave; en effet, l'enfant vivait lorsque la jeune femme a été soignée par M. Després, et j'espère lui démontrer que ce même enfant eût vécu si l'on eût administré du mercure à sa mère.

Ainsi, je dis que M. Després ne connaît point assez les antécédents de ses malades pour déclarer que le mercure a été administré inutilement; de plus, je viens de vous montrer comment se trouvent les malades que M. Després déclare avoir guéries.

M. Després a parlé ici du rapport que j'ai présenté à l'Académie, relativement à des faits de syphilis vaccinale. Notre collègue dit qu'il résulte de mes observations que les enfants non traités auraient présenté des accidents moins graves que ceux auxquels le mercure avait été administré. Tout cela s'explique lorsqu'on veut bien se rappeler

que la syphilis a une intensité qui varie suivant les conditions de santé des individus qui sont infectés.

M. Després nous a fourni une statistique qu'il a dressée à l'hôpital Saint-Louis. A ce sujet je répéterai ce que j'ai déjà dit pour la statistique venant de Lourciné; notre collègue attache trop d'importance à ce que lui disent les malades; ce ne sont pas là des observations sérieuses, et quand M. Després conclut que le mercure est insuffisant, je crois qu'il n'est pas fondé dans ses raisons.

On a parlé d'un malade qui avait pris 500 pilules; je serais disposé à croire que, si cet individu n'a point guéri, c'est peut-être parce qu'il avait pris trop de mercure.

M. Després a défendu ici une vieille théorie qui consiste à admettre que les différentes manifestations de la syphilis sont le résultat d'efforts salutaires que la nature ferait pour débarrasser l'organisme; de là cette conclusion, qu'il faut se contenter, pour guérir les malades, d'employer le traitement tonique et réparateur. Cette théorie attend encore une démonstration, et cela serait-il, qu'il serait fautif de laisser faire la nature. Abandonnez les malades et ils perdront le nez; vous verrez la voile du palais et la voûte palatine se perforer, etc.

Des expériences récentes n'ont point confirmé cette autre théorie, dans laquelle on admet que le mercure fluidifie le sang, fait diminuer la quantité de fibrine; on sait, d'une manière certaine, que le mercure agit d'une façon toute spéciale sur les productions pathologiques de la syphilis: il fait disparaître les néoplasmes.

Je pourrais encore citer, en faveur du traitement mercuriel, la guérison rapide de certaines céphalées persistantes, la disparition de tumeurs multiples de la langue, etc. Je crois que l'expérience démontre que le mercure est un des agents les plus certains de la thérapeutique.

J'arrive maintenant, messieurs, à ce qui concerne le traitement de la syphilis chez les femmes grosses et chez les enfants nouveau-nés.

Je vais supposer un certain nombre de cas qui rappellent bien ce qui se passe habituellement dans la pratique.

Un premier cas est le suivant: une femme a eu la syphilis il y a longtemps; elle devient grosse, voici ce qui peut survenir. La femme peut aller jusqu'à son terme et mettre au monde un enfant sain, quoique ce soit l'exception. Plus souvent la grossesse est interrompue par la mort du fœtus, et la femme accouche d'un enfant mort depuis un temps variable. Parfois l'enfant peut naître vivant, mais il présente des accidents syphilitiques. En vue de toutes ces terminaisons, on consulte le médecin.

Si, dans ces conditions, on administre le mercure, la grossesse sui-

son cours, et c'est ainsi que l'on a vu des femmes mettre au monde un enfant vivant après avoir fait antérieurement deux, trois et jusqu'à cinq fausses couches. Des faits analogues ont été observés par tous les praticiens, et c'est nier l'évidence que de se refuser à reconnaître l'efficacité du traitement mercuriel.

D'autres fois, voici comment le problème se pose : une femme bien portante devient enceinte ; pendant le cours de cette grossesse elle contracte la syphilis. L'expérience m'a démontré que l'enfant subissait d'autant plus l'action de la syphilis que l'infection de la mère était de date récente ; plus la syphilis est ancienne et plus il y a de chance pour que l'enfant échappe à l'influence du virus.

Si l'on administre le mercure dans les cas de syphilis récente, le résultat est certain, l'enfant viendra vivant. Je réponds donc par l'affirmative à cette question que l'on nous adresse : Faut-il administrer le traitement mercuriel aux femmes enceintes ?

Quant aux enfants syphilitiques, il faut également les traiter ; on peut même dire que le mercure agit dans ces cas d'une façon presque merveilleuse. Il y a deux ans, à la suite d'une vaccination malheureuse, sept enfants furent infectés ; tous furent traités pendant six semaines, deux mois, et tous ont guéri ; depuis, deux ont succombé à des maladies intercurrentes. En présence de faits semblables, il n'est pas possible de mettre en doute l'utilité de la médication.

Je termine ce que j'avais à dire par les propositions suivantes : Les statistiques présentées par M. Després sont sans valeur ; les faits les plus avérés témoignent en faveur du traitement mercuriel administré dans toutes les conditions où peuvent se trouver les syphilitiques. Jusqu'à nouvel ordre, le régime et la bonne hygiène ne peuvent être considérés comme suffisants pour obtenir la guérison de la vérole. On observe certainement des guérisons spontanées ; mais en s'abstenant du traitement on fait courir aux malades de graves dangers. Le mercure n'est point un spécifique, mais c'est le meilleur moyen de combattre la syphilis ; il suffit de l'employer convenablement.

M. DESPRÉS. Je répondrai longuement à l'argumentation de M. Depaul quand le moment en sera venu ; pour l'instant j'émet le regret que M. Depaul n'ait pu prendre connaissance de mon discours. Ce que j'appelle le traitement tonique et réparateur est tout autre chose que ce que pense notre collègue. Je ferai en plus observer que M. Depaul s'est contenté de fournir une seule observation, tandis que mon travail renferme l'analyse de cent cas.

M. PANAS. Dans une question aussi grave que celle qui nous occupe en ce moment, je considère qu'il est du devoir de chacun de nous de venir exposer ce qu'il sait. M. Després a parlé de l'hôpital de

Lourcine, et je me suis trouvé mis en cause. J'ai pu suivre la pratique de notre collègue, et je dois dire que les faits ne me paraissent pas aussi probants qu'à lui. Le plus grand nombre des syphilitiques prend du mercure; c'est exceptionnellement que les malades sont soumis à l'expectation; il est donc tout naturel que M. Després ait observé des récidives, surtout parmi les individus qui avaient pris antérieurement des préparations mercurielles.

Ce qui m'a frappé personnellement, ce ne sont pas les récidives, car on les observe après tous les traitements, mais c'est la rapidité relative de la rechute pour les malades soumis à l'expectation.

Nous sommes presque tous d'accord sur l'influence des mercuriaux. Je vais cependant entrer dans quelques détails qui résultent d'une expérience personnelle déjà assez ancienne. On a parlé du traitement préventif; c'est là une mauvaise expression, mais nous savons tous ce que cela veut dire. Empêche-t-on l'évolution de la syphilis en administrant le mercure dès l'apparition du chancre?

J'ai recueilli quarante observations, et ma conclusion est que le traitement mercuriel n'empêche pas les manifestations de se produire; je ne crois même pas que ces manifestations soient retardées par le traitement mercuriel. On dit que le traitement diminue l'intensité de la syphilis; la démonstration est d'autant plus difficile qu'il y a certainement des syphilis d'une intensité différente.

J'ai en moyenne administré le proto-iodure trente jours avant l'apparition des accidents secondaires, et je n'ai rien obtenu de ce traitement hâtif; peut-être intervenons-nous trop tard, je n'en sais rien, mais je veux rester dans le doute sur cette question du traitement préventif.

J'aborde une autre question. Les poussées successives de la maladie, l'apparition d'accidents, même pendant la durée du traitement, démontre bien que la syphilis n'est pas jugulée par le mercure; mais dans la période qui sépare le chancre des accidents secondaires, on observe certains phénomènes prodromiques de la vérole, ce sont les céphalées, la fièvre, les douleurs rhumatoïdes, etc. Ces accidents méritent d'être traités, et je déclare que le mercure a beaucoup de prise, c'est même la raison qui me fait administrer ce médicament dès le début. Cette proposition est contraire à ce que professe M. Diday; sur 35 malades que j'ai traités, 2 seulement n'ont point éprouvé d'amélioration; mais ce qu'on n'avait pas obtenu par le mercure, a été acquis grâce à l'iodure de potassium.

Passons maintenant au traitement de la syphilis confirmée. Je déclare que je n'ai été satisfait ni par le proto-iodure, ni par le sublimé; j'ai vu des malades chez lesquels les récidives se succédaient d'une

manière désespérante, si bien que ma première conclusion fut celle-ci : le mercure n'agit point ou il est mal administré. J'ai soigné avec M. Ricord un individu atteint de plaques muqueuses de la gorge : le proto-iodure, administré pendant deux mois, fit disparaître ces accidents, mais ils reparurent bientôt et furent combattus par l'emploi des pilules de Dupuytren pendant encore deux mois. Les plaques muqueuses persistaient ; c'était en hiver ; nous conseillâmes les pays chauds et le malade partit. Pendant trois autres mois les mercuriaux furent régulièrement employés et cependant sans résultat. Découragé, notre malade songe à revenir ; il passe par Vienne et vingt frictions mercurielles suffisent pour le guérir.

J'avais été frappé par ce premier fait ; un autre malade, qui avait subi sans succès quatre mois de traitement mercuriel suivi d'une saison à Aix, fut guéri après vingt frictions. Déjà M. Perrin a insisté sur la valeur des frictions mercurielles ; mais je déclare qu'il n'y a aucune comparaison à établir entre cette médication et celles qu'on administre par la voie buccale. Je donne ici le résultat de mes observations : les frictions ont seules été employées, j'ai eu soin d'éloigner toute espèce de topiques, et à ce sujet je dirai que M. Desprès, loin d'employer seul le traitement tonique et réparateur, y joignait les bains de sublimé.

Trente-neuf malades, traités par les frictions mercurielles, peuvent être groupés de la façon suivante : syphilis de une à trois années de durée, 4 malades ; syphilis de cinq à douze mois de date, 44 malades ; syphilis de un à cinq mois de date, 24 malades. Voici les résultats : pour la première catégorie une moyenne de dix-neuf frictions a suffi pour obtenir une guérison survenue, en moyenne, au bout de vingt-six jours. Les malades de la deuxième catégorie, après une moyenne de dix-neuf frictions, ont guéri en treize jours. Enfin les malades de la troisième catégorie ont également guéri en treize jours après une moyenne de dix-huit frictions.

Ces faits témoignent en faveur de la puissance d'action des frictions mercurielles ; on peut également en tirer cette conclusion que, plus les plaques muqueuses sont de date ancienne, plus elles guérissent vite, ce qui semblerait démontrer que le virus syphilitique va s'épuisant avec le temps.

On a formulé quelques objections contre le traitement par les frictions. On peut facilement éviter de souiller le linge ; quant à la stomatite, elle est rare, et quand on l'observe, elle est ordinairement légère. Sur mes 39 malades, dix-sept stomatites ont été constatées, c'est-à-dire un peu plus de la moitié des cas. De ces dix-sept stomatites, dix furent très-légères et guérirent en dix jours ; quatre, de

moyenne intensité, ont duré une moyenne de quinze jours ; trois furent fortes et persistèrent vingt-cinq jours. Jamais je n'ai observé de sphacèle, d'ébranlement des dents, etc. Les astringents bien employés suffisent pour éviter la stomatite.

L'inflammation de la muqueuse buccale indique la saturation de l'organisme, mais il y a beaucoup de variétés individuelles ; en général la stomatite survient vers la douzième ou treizième friction.

Le traitement par les frictions mercurielles a l'avantage de réussir après que les autres ont échoué ; il est absolument innocent et les inconvénients qu'il entraîne disparaîtront à mesure qu'on perfectionnera la méthode. J'emploie 4 grammes de pommade par jour, je les applique à la face interne du mollet, en alternant d'un côté à l'autre pour éviter les irritations. Quant au mode d'action, je dirai qu'il est démontré, par des travaux faits en Allemagne, que le mercure pénètre à l'état métallique, puis qu'il se combine avec l'albumine ; aussi l'absorption par la peau paraît-elle le meilleur moyen de saturer l'organisme.

M. DESPRÉS. J'employais primitivement les bains de sublimé comme un bon topique légèrement caustique. Sur les plaques muqueuses l'absorption du médicament n'a point lieu ; cependant afin d'éviter les causes d'erreur, j'ai abandonné les bains de sublimé et j'ai actuellement recours aux bains salés.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 6 JUIN 1867.

Présidence de M. LEGUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux de la semaine ;

Les Archives générales de médecine, n° de juin 1867 ;

Cancer adénoïde du sein et anévrysme cirsoïde du bras, par le docteur Fauvel, chirurgien du Havre ;

Du recrutement de l'armée par le baron Larrey ;

Uréthrotomie externe sans conducteur, par le docteur Letenneur, de Nantes;

Bulletins de la Société médico-chirurgicale de Paris, année 1865-1866;

Mémoires et Bulletins de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux et hospices de Bordeaux, 1866, 2^e fascicule;

Ce fascicule renferme un grand nombre de travaux intéressants, et entre autres la suite d'une observation communiquée déjà en juin 1864 à la Société de chirurgie, observation intitulée : *Résection du grand nerf sciatique pour une névralgie traumatique*, guérison constatée après trois ans et demi;

Kriegs-chirurgische Erfahrungen während des Feldzuges 1866 in Süddeutschland, par le docteur Bernhard Berk, de Freiburg;

La correspondance manuscrite comprend :

Une note de M. Danet : *Du traitement mercuriel pendant la vie intra-utérine*. (Commission : MM. Després et Saint-Germain.)

Trois observations de suture osseuse du tibia, par le docteur Fauvel, chirurgien de l'hôpital du Havre. (Commission : MM. Demarquay, Perrin, Saint-Germain.)

DÉCLARATION DE VACANCE.

M. LE PRÉSIDENT informe la Société que le bureau a été d'avis de déclarer vacante une place de membre titulaire. MM. les candidats sont invités à faire parvenir leurs titres.

LECTURE.

Élimination spontanée d'un adénome du sein, par le Dr AZAM, professeur adjoint de clinique chirurgicale à Bordeaux, correspondant de la Société de chirurgie.

Messieurs, je vais vous entretenir d'un adénome, la chose est fort vulgaire. J'espère cependant que vous entendrez avec quelque intérêt le fait qui va suivre, car il est un exemple, je crois, unique d'un mode particulier d'évolution de ce genre de tumeurs.

La femme X..., âgée de cinquante-cinq ans, entre dans mon service de clinique de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, le 20 mars dernier, pour être traitée d'une inflammation au sein gauche.

Cette femme, d'une forte constitution, est très-grasse, son sein gauche a des dimensions énormes, il est plus gros qu'une tête d'adulte, à peu près le double du sein droit.

Elle est absolument sourde et ne sait pas écrire, ce qui rend très-difficile d'obtenir des renseignements sur ses antécédents. Cependant

le docteur Senter, chef interne de l'hôpital, a eu occasion de la voir, il y a quelques années, au dépôt de mendicité, et nous dit qu'à cette époque son sein gauche avait à peu près les mêmes dimensions. A ce moment notre confrère avait reconnu un adénome.

Le sein est enflammé, surtout en dehors du mamelon, et on perçoit, en outre d'une fluctuation évidente, la sensation d'une tumeur plus grosse que les deux poings réunis, et siégeant dans les profondeurs de l'organe; cette tumeur paraît bosselée et peu dure; je me range complètement à l'opinion de M. Senter au sujet de sa nature, et je crois que cet adénome, accidentellement enflammé, a provoqué la formation d'un abcès.

Je fais une large ponction et, à mon grand étonnement, il s'écoule, non du pus, mais un liquide séreux couleur chocolat clair, ayant tous les caractères d'un liquide kystique coloré par du sang; sa quantité est assez considérable, environ 350 grammes.

Examiné au microscope, je n'y constate que des globules de sang déformés et des cristaux de cholestérine.

Pendant les deux jours qui suivent, il s'écoule dans le pansement une assez grande quantité du même liquide, dont l'odeur fade et nauséabonde rappelle l'odeur amniotique ou celle des fœtus morts dans la cavité utérine.

Le quatrième jour après la ponction, pendant le pansement, je remarque une masse grisâtre qui fait saillie entre les lèvres de la plaie; je l'attire avec des pinces, et je sectionne avec des ciseaux la partie saillante. C'est un fragment de glande admirablement disséquée, avec ses lobes, ses lobules et son conduit excréteur; cette glande n'est plus vivante, elle a macéré dans le liquide kystique contenu dans le sein, et elle en est imprégnée.

Deux jours après, nouvelle inflammation à la partie la plus déclive, large incision, et il est possible d'extraire, par des tractions modérées, une masse glandulaire semblable à la première, et dont le poids est de 350 grammes. Quelques portions de tissu glandulaire sont adhérentes aux parois du kyste; cependant on peut les arracher avec l'ongle. Toute la masse éliminée, sauf quelques parties, est privée de vitalité.

Contraint, par un accident, de quitter le service, je recommande cette malade au professeur suppléant, M. le docteur Lanolongue, qui partage mon avis au sujet de la conduite à suivre. Cette marche consiste à favoriser les efforts de la nature par le drainage du kyste et par des injections détersives ou irritantes. Après quelques jours, la rétraction commence, la suppuration diminue; malheureusement deux érysipèles successifs entravent la convalescence de notre

malade. Cependant, après un mois, il ne reste plus qu'un trajet fistuleux qui s'oblitére bientôt, et la guérison est complète, toute trace de tumeur a disparu dans le sein, et cet organe a presque recouvré ses dimensions primitives.

Il est donc évident que nous avons eu affaire à un adénome du sein qui s'est éliminé spontanément, car les incisions n'ont fait que favoriser sa sortie. Quel a été le mécanisme de cette singulière élimination, et quelles sont les conséquences pratiques qu'on peut en tirer? C'est ce que nous allons successivement examiner.

Les tumeurs à marche lente, qui s'accroissent excentriquement, sans s'assimiler les tissus voisins, peuvent s'entourer d'un kyste; la formation de ces kystes est due aux mouvements, soit de la tumeur quand elle est mobile, soit des tissus sur la tumeur quand celle-ci est adhérente ou profonde. Ils sont dus, en un mot, au même mécanisme que les bourses muqueuses accidentelles. Les tumeurs autour desquelles on a observé ces formations sont les exostoses, les lipômes, les anévrysmes, etc., etc., et particulièrement les adénomes.

M. Massot a publié, il y a quelques années, une excellente thèse sur ces kystes accidentels, et M. Broca les a longuement décrits dans son article *Adénome* du *Dictionnaire encyclopédique de médecine*.

Il est donc certain que chez la femme X..., à la suite du ballonnement de son énorme sein, il s'était fait autour de la tumeur un kyste, qui s'était agrandi peu à peu et dans lequel l'adénome avait fini par se pédiculiser, puis il était survenu dans ce kyste des hémorragies successives, qui avaient donné au liquide contenu sa couleur chocolat clair. Enfin, sous l'influence d'une cause inconnue, le pédicule de l'adénome s'étant rompu, la tumeur isolée de toute part était devenue un corps étranger dans le sein de la malade. C'est à ce moment que la femme X... a réclamé nos soins, et l'inflammation du sein qui nous l'a conduite était le dernier acte d'un travail d'élimination spontanée, dont le bistouri n'a fait que hâter le dénoûment.

Je n'ai rencontré dans les auteurs aucune observation analogue, et je ferai appel à ce sujet à la vaste pratique de mes collègues de la Société.

Tout fait, quand il est bien observé, porte avec lui un certain enseignement : bien que la pratique s'accommode peu des vues de l'esprit, n'est-il pas permis de se demander si, dans une certaine mesure, le chirurgien n'aurait pas avantage à provoquer la formation de ces kystes qui isolent plus ou moins les tumeurs au milieu des tissus?

Cet avantage n'est pas contestable. Certaines tumeurs bénignes nécessitent des opérations ; je ne citerai que les exostoses, les hyper-

trophies glandulaires, les lipômes, les adénomes; et quelquefois, pour arriver à leur ablation, il faut faire des délabrements considérables, des dissections laborieuses, risquer des hémorrhagies, enfin exposer à l'air et à la suppuration de vastes surfaces saignantes. Il n'est aucun de nous qui n'ait vu succomber des malades dans ces conditions, surtout après des ablations de lipômes.

Si donc il était possible de provoquer autour des tumeurs la formation de ces kystes, en un mot d'imiter le travail qu'a fait spontanément la nature, chez la femme X... et chez bien d'autres, les conditions opératoires seraient changées; une incision découvrirait la tumeur isolée, une section serait faite d'un pédicule plus ou moins réduit, et les malades auraient de moins quelques chances de mortalité.

Je ferai remarquer que les tumeurs autour desquelles ces bourses muqueuses ont été observées, bien que d'ordres divers, ont toutes la même marche, — une marche très-lente, — et que le secours du bistouri n'est indispensable que lorsqu'elles deviennent gênantes par leurs dimensions (je ne parle pas des anévrysmes).

Il serait donc possible de mettre à profit ces délais en pratiquant certaines manœuvres qui tendraient au résultat désiré.

Ces manœuvres ne seraient autres que la reproduction artificielle du mécanisme qui provoque la formation de ces kystes, c'est-à-dire le glissement méthodique et répété des tissus sur les tumeurs, en un mot une sorte de massage.

Je n'insisterai pas; je ne veux pas ériger en méthode les conséquences d'un fait presque isolé; qu'il me suffise de dire qu'il est toujours légitime de chercher à améliorer les conditions opératoires des malades, et que les voies indiquées par la nature sont de celles dans lesquelles le praticien peut toujours s'engager sans crainte.

Discussion sur le traitement de la syphilis (suite).

M. DESPRÉS. MM. Depaul et Panas ont attaqué chacun, par une argumentation peu différente, les observations et les statistiques que j'ai soumises à la Société.

D'un côté, mes contradicteurs ont nié la valeur de mes observations et de mes recherches, et ils ont essayé à faire ressortir, par des faits empruntés à leurs souvenirs récents, que j'aurais dû compter dans mes statistiques des malades vus dans des services autres que le mien.

D'un autre côté, ils ont posé deux affirmations. M. Panas a dit que le mercure réussissait merveilleusement quand il était employé sous forme de frictions, espérant en cela renverser tout ce que j'avais ac-

cumulé de défavorable contre le mercure. M. Depaul, dans le même but, a affirmé que le mercure était excellent pour prévenir les avortements chez les femmes syphilitiques, pour amener un enfant vivant chez une femme grosse et atteinte de syphilis; enfin que le mercure était excellent pour la syphilis infantile.

Mes deux honorables contradicteurs ont laissé d'ailleurs de côté la plupart des faits et raisons que j'ai produits ici, pour ne s'attaquer qu'à deux ou trois points à leur choix. Je m'y attendais. Quand on heurte de front une coutume même scientifique, bonne ou mauvaise, on soulève des passions, on éveille la partialité. Les faits qui contraignent une tradition semblent destinés à être attaqués par tous les moyens.

Mais il est aussi reconnu que, quand on veut prouver quelque chose, il faut donner trop de preuves; et je viens montrer ce que nos adversaires ont laissé debout de mon précédent discours, et puiser dans leur argumentation même de nouvelles preuves de l'inutilité du mercure.

Je répondrai d'abord à M. Panas et brièvement, car j'ai hâte d'arriver à M. Depaul, dont l'autorité donne du poids à ses paroles, et avec qui je dois discuter pied à pied.

De son séjour à l'hôpital de Lourcine pendant vingt mois, M. Panas n'a gardé qu'un souvenir, celui d'avoir vu dans son service des malades sorties non guéries ou mal guéries du mien. Ici, je placerai une critique générale des procédés de mes contradicteurs. Pour que leur assertion ait une valeur, il faudrait qu'ils s'appuyassent sur des chiffres et ils devraient compter comparativement, avec mes malades, toutes celles qui provenaient soit du service de M. Panas, soit d'autres services où l'on donne du mercure. Cette précaution scientifique manquant, je pourrais ne tenir nul compte de pareilles argumentations; mais, comme je l'ai dit, il faut que je donne trop de preuves, et j'accepte la discussion même sur ces points.

M. Panas a donc fouillé dans son service pour attaquer mes statistiques. Cela m'autorise, vous le comprenez, à y fouiller également pour les nécessités du contrôle.

Eh bien, messieurs, j'ai fait la statistique du service de M. Panas. Grâce à un zèle et à une ardeur que je ne saurais trop louer ici et que j'ai rencontrés chez les élèves de mon service, nous avons pu, en quelques jours, étudier les registres et les pancartes de Lourcine avec mon cahier d'observations, et construire, autant que faire se pouvait, une statistique des rentrantes après guérison et avec récidives dans le service de M. Panas.

Pendant l'année où j'ai établi ma statistique, dans un laps de temps

égal, onze mois, nous avons compté pour le service de M. Panas et pour le mien. Voici ce que nous avons trouvé :

Chez M. Panas, dans un service de 89 lits, 200 malades syphilitiques ont été reçues; sur ce nombre, 25 au moins étaient des rentrantes; mais je n'ai pris que 42 malades, celles qui avaient fait un traitement assez long et que la pancarte déclarait guéries. 8 malades étaient rentrées chez moi; sur ces 8 malades, 4 avait été traitée par M. Panas avant que je n'arrivasse à Lourcine, 2 étaient sorties sur leur demande, 4 n'avait eu que des chancres mous pendant son séjour. Chez mon collègue, 4 avaient été déclarées guéries et avaient pris du mercure, pour chancre induré ou plaques muqueuses.

En tout, 46 récidives chez des malades traitées par M. Panas, et, je le suppose, par le mercure, d'après ce que je sais de la pratique et des opinions de mon collègue; je suis sûr au moins pour les 4 qui sont rentrées chez moi.

Voici une malade de M. Panas et rentrée chez lui : B..., dix-neuf ans, entrée à la salle Saint-Louis le 12 décembre 1865, avec un chancre induré et des plaques muqueuses; sortie sur sa demande le 46 mai (155 jours de traitement); rentrée le lendemain; sortie guérie le 25 juillet. Rentrée salle Saint-Louis le 8 novembre 1866, avec sa syphilis; sortie, sur sa demande, le 28 novembre 1866.

Voici une des malades rentrées chez moi : D..., dix-sept ans, entrée à la salle Saint-Louis avec des plaques muqueuses; sortie le 31 juillet (66 jours de traitement), améliorée. Rentrée le 3 août, avec des plaques muqueuses; sortie guérie le 41 novembre (69 jours de traitement). Entrée le 20 avril 1866 à Saint-Alexis, avec des plaques muqueuses du col de l'utérus.

Ce dernier fait montre que je n'ai pas chargé la statistique de M. Panas; j'aurais pu, en effet, compter cette malade deux fois.

Mon service renferme 87 lits; j'ai reçu, dans le même temps que M. Panas, 497 malades, et il rentre dans mon service 42 malades, sur lesquelles j'élimine, comme je l'ai fait pour M. Panas, 3 malades qui sont sorties non guéries, et je conserve même celles qui n'étaient restées qu'un mois dans mon service, cela fait 9 malades. Il est entré, dans le service de M. Panas, 7 de mes malades. 4 malades n'avaient, dans mon service, que des chancres mous et sont rentrées chez M. Panas cinq ou six mois après être sorties de mon service, ayant des plaques muqueuses. 4 malade était sortie non guérie; c'était un cas grave, que M. Dolbeau avait déjà traité par le bichromate de potasse, et pour lequel j'avais donné du mercure inutilement. Des 2 autres malades, 4 était sortie sur sa demande, et l'autre avait été traitée chez moi pendant trois mois, et elle avait été traitée à Saint-Lazare

avant de venir dans mes salles. Les 2 premières malades sont rentrées chez M. Panas cinq mois après être sorties de mon service; la dernière est entrée deux mois après son départ de mon service. Cela fait donc 2 malades qui doivent compter, et 44 en tout.

En résumé, M. Panas a eu 8 pour 400 de récidives; et en forçant mes chiffres, j'ai eu 6 pour 400 de récidives. Les deux services étaient semblables : dans l'un on donnait du mercure, dans l'autre on n'en donnait pas. Quant à la prompte récidive des plaques muqueuses chez les malades de mon service, vous ne voyez nulle preuve qui confirme les souvenirs de M. Panas.

Lorsque j'ai commencé la statistique de M. Panas, j'étais prêt à me rendre si je trouvais la contradiction de ma statistique. Il n'a pas pu en être ainsi. J'ai constaté non pas une parité, mais bien un désavantage pour le service voisin du mien. Et je suis arrivé forcément à une conclusion conforme à mes conclusions précédentes. Le résultat du contrôle, en effet, prouve que les recherches provoquées par les allusions de M. Panas sont encore défavorables au traitement de la syphilis par le mercure.

M. Panas a vanté les frictions mercurielles dans le traitement de la syphilis; sur quoi appuie-t-il son dire? Sur ce fait : un jeune homme traité inutilement pendant deux mois, puis quatre mois par le proto-iodure de mercure, traité ensuite par les pilules de sublimé, va à Beyrouth et revient non guéri. Mais il a le bonheur de passer par Vienne où, se confiant aux soins de M. Sigmund, il est traité par les frictions mercurielles et guérit.

Je réponds à cela que si ce jeune homme était passé par Christiania, il aurait vu M. Boeck, qui l'aurait syphilitisé et l'aurait sans doute guéri comme M. Sigmund. Il est probable, en effet, que le malade étant arrivé à la fin d'une période d'élimination de syphilis aurait pu guérir avec n'importe quel traitement.

M. Panas nous a dit avoir fait des expériences à l'hôpital du Midi où il est depuis cinq mois; il aurait vu, a-t-il ajouté, 400 malades traités par les frictions mercurielles, et il a compté seulement 39 de ces malades, *parce que les observations sont difficiles à prendre*. En étudiant les narrations de notre collègue, on voit qu'il s'agissait de plaques muqueuses traitées par les frictions mercurielles sur les mollets.

A tant d'assertions, j'oppose les arguments suivants : M. Panas n'a, sur les frictions mercurielles, qu'une expérience de quatre mois. Or M. Depaul me conteste que j'aie assez d'expérience après vingt mois de séjour à Lourcine. S'il n'y a pas ici deux manières de juger, l'expérience de M. Panas doit prouver moins que la mienne aux yeux des amis du mercure.

J'objecte à M. Panas qu'il ne nous a parlé que du tiers de ses observations. J'ai donné toutes les miennes dans ma statistique; j'ai le droit d'exiger toutes les siennes. Sans cela je dirai qu'il a choisi ses observations.

Puis, qu'est-ce que M. Panas a guéri ? Est-ce la syphilis ? En quatre mois ce serait trop fort, trop concluant. Il vous a dit lui-même qu'il s'agissait de plaques muqueuses. S'il en est ainsi, ces faits de M. Panas ne prouvent rien. On guérit des plaques muqueuses avec tout : celui-ci avec des pommades au calomel, celui-là avec de l'eau blanche, et moi avec des cautérisations à l'aide de solution de chlorure de zinc.

M. Panas sait-il si ses malades sont à l'abri de la récurrence ? Pour ceux du Midi, certes, il ne peut encore rien dire. Mais moi je puis vous dire ce qu'il en est des malades de Lourcine traitées par M. Panas, l'an dernier, au moyen des frictions. Souvenir que n'a pas invoqué notre collègue en parlant de mes malades.

J'ai dans mon service, en ce moment, deux femmes qui ont été traitées de la sorte, et il ne leur a pas même manqué cette salivation mercurielle que notre collègue croit d'un bon effet. Ces malades avaient des plaques muqueuses, et elles ont subi plus de la moyenne de treize frictions, dont les malades de l'hôpital du Midi ont obtenu de si heureux résultats.

Voici deux faits :

D..., vingt-deux ans, domestique, est entrée, le 28 mai, dans mon service, salle Saint-Alexis. Cette malade était anémique, syphilitique et portait des plaques muqueuses végétantes de la vulve et de l'anus, et des ulcérations à la marge de l'anus.

Cette fille a eu des plaques muqueuses il y a dix-neuf mois, trois mois après le début de son mal elle vint à l'hôpital dans le service de M. Panas, où elle a séjourné pendant six mois. On lui a donné, pour ses plaques muqueuses, tous les jours deux pilules de proto-iodure et deux pilules de fer. Pendant le dernier mois, outre les pilules, elle a eu des frictions mercurielles sous les aisselles, une friction tous les jours. Au bout de ce mois, une salivation est arrivée et tout a été supprimé. M. Panas a traité la salivation, et la malade est sortie de son service.

Après avoir traîné en ville pendant sept mois, la malade est rentrée dans mes salles.

P... (Irma), vingt-deux ans, entrée dans le service de M. Panas, au mois de juin 1866, avec une vaginite, une syphilide papuleuse et des adénites multiples, et grosse de huit mois. Elle faisait remonter son mal à quelques mois.

M. Panas donne une pilule de proto-iodure tous les jours, et au bout d'un mois la malade accouche d'un enfant qui a vécu douze jours. Des frictions mercurielles ont été faites sous les aisselles pendant deux mois; la malade sort avec une stomatite mercurielle. La fille P... rentre encore trois semaines chez M. Panas pour des plaques muqueuses de la gorge et la stomatite mercurielle qu'elle avait déjà au moment où elle est sortie de l'hôpital.

La malade quitte le service de M. Panas pour entrer dans mon service, où je la trouve avec une stomatite, des plaques muqueuses de la bouche et une syphilide papuleuse. Pendant deux mois la malade est mise au régime tonique, et elle allait déjà beaucoup mieux quand un enfant qu'elle avait mis au dépôt tomba malade, et la fille P..., voulant soigner son enfant, est passée dans le service de M. Panas où il y a des lits de nourrice. Là, la petite fille de notre malade mourut de méningite. Sa mère ne prenait plus de mercure, elle n'en voulait plus. Elle séjourna encore quelques jours dans la salle Sainte-Marie, et revint dans mon service, au n° 25, salle Saint-Alexis, il y a trois mois, et elle y est encore, n'ayant plus que quelques papules sur le corps et ayant repris de l'embonpoint grâce à l'huile de foie de morue, aux toniques et aux bains salés qui lui sont administrés; elle a un reste de gingivite qui présente des exacerbations au moindre refroidissement.

Ces deux malades serviront d'exemple, et elles confirmeront le jugement porté depuis bien longtemps sur le traitement mercuriel vanté par Vigo, Boerhaave et Cyrillo. On saura que les frictions mercurielles n'empêchent pas plus les récidives que les autres préparations mercurielles.

M. Panas a affirmé que l'iritis syphilitique guérissait très-bien par le mercure. Je le renvoie à une des observations de M. Dubuc, que j'ai reproduite dans mon dernier-discours, et je lui dirai que, renonçant pour les besoins de ma démonstration au calomel à dose fractionnée si excellent pour les maladies des yeux non syphilitiques, j'ai guéri des iritis syphilitiques par les révulsifs cutanés et les sangsues, et que j'ai eu des récidives seulement quand je n'avais pu prévenir les synéchies par la dilatation pupillaire prolongée à l'aide du collyre au sulfate d'atropine.

M. Panas m'a accusé de donner du mercure sous forme de bains de sublimé, quoique j'eusse déclaré que mes bains étaient employés comme topiques et que je n'en donnais qu'un petit nombre, douze au plus en trois mois, et à la faible dose de quinze grammes par bain. J'y ai renoncé depuis qu'un mémoire est venu, à la fin de l'année dernière, mettre en doute l'impossibilité de l'absorption du sublimé

en bain que Reveil avait établie. Mais que mes contradicteurs ne s'y trompent pas, je ne donnais de bains de sublimé qu'aux malades en puissance d'éruptions syphilitiques, et parmi mes neuf malades revenues dans mon service, trois avaient pris des bains de sublimé jusqu'à douze. Une malade, dont j'ai donné l'observation et qui a eu une syphilide précoce, avait également pris des bains de sublimé. Ceci prouve que mes malades guéries ne devaient pas leur guérison au bain de sublimé auquel je n'accorde pas plus d'action spécifique qu'aux frictions mercurielles.

J'arrive à ma réponse aux arguments de M. Depaul.

Mon honorable contradicteur dit que mes statistiques ne valent rien, parce que je ne sais pas comment le mercure a été administré, et parce que je n'ai pas vu assez mes malades. On ne croirait rien si l'on devait douter de tous les renseignements qui sont donnés aux médecins, si l'on supposait, par exemple, que des hommes comme MM. Ricord, Cullerier, Hardy et Bazin ont donné du mercure sans règle et sans surveiller l'administration du médicament. La plupart des malades que j'ai vues, et je vous ai cité les noms et les observations, avaient été traitées par eux et par MM. Simonet, Jaccoud et Panas. Les malades que j'ai examinées à l'hôpital Saint-Louis avaient été traitées même par MM. Verneuil et Lefort. Quelques malades avaient été consulter MM. Clerc et Lagneau. M. Depaul ne se souvient pas d'ailleurs des observations longues que j'ai produites, où j'ai donné tous les documents possibles, et je puis lui reproduire les faits de mon service.

Ainsi J... Victorine, 21 ans, malade depuis sept mois, entrée à l'hôpital Saint-Louis où elle est traitée pour des plaques muqueuses et une roséole pendant cinq mois dans le service de M. Cazenave et de M. Peter, à l'aide de 250 pilules de proto-iodure et des bains de sublimé, et qui arrive dans mon service le 12 janvier avec des plaques muqueuses, une syphilide papuleuse et une anémie profonde.

Ainsi M..., 38 ans, traitée, il y a trois ans dans le service de M. Simonet à Lourcine, pour un chancre du rectum, au moyen de pilules de proto-iodure pendant six semaines. Trois ans auparavant cette malade avait été traitée pour des plaques muqueuses dans le service de M. A. Guérin et avait pris trois ou quatre pilules de Belloste par jour, pendant plus de deux mois. Cette malade est entrée dans mon service avec un chancre phagédénique du rectum et des plaques muqueuses, plus une anémie très-marquée.

Je n'ai pas vu assez longtemps mes malades, a dit M. Depaul; il y a des malades que je suis depuis deux ans, et les moins anciennes de mes malades ont été vues six mois. J'ai vu assez pour savoir que

trois ou quatre mois de traitement mercuriel n'empêchent pas les malades d'avoir des récidives, au moins pour ce qui est de Lourcine, dans une proportion quatre fois plus grande que même en l'absence de tout traitement autre que la propreté.

Les statistiques de l'hôpital Saint-Louis que rejette M. Depaul ne sont pas plus difficiles à défendre que celles de mon service ; j'ai interrogé moi-même les malades sur les indications d'élèves du service dans plusieurs salles, et quand des malades me disaient : J'ai été à tel hôpital dans le service de M. Verneuil, ou de M. Ricord, ou de M. Cullerier, j'étais autant en droit de croire leurs paroles, que d'ajouter foi aux citations de M. Depaul, qui nous dit : J'ai fait un traitement mercuriel de deux mois à des enfants syphilitiques, et je les ai guéris. Et quand j'ai cité des emprunts au rapport de M. Depaul, *Sur la syphilis vaccinale du Morbihan*, j'ai trouvé, sans rien dire, que, sur la foi des malades et du médecin, mon honorable contradicteur n'a pas hésité à mettre dans ses observations, *traitement mercuriel*, sans autre indication.

Mais si M. Depaul a rejeté mes observations et mes statistiques, a-t-il compris dans la même proscription les observations qui ne me sont pas personnelles et que j'ai soumises à la Société ? MM. Diday et Dubuc ont publié des observations que j'ai comparées aux miennes. Le silence de M. Depaul veut-il dire qu'il les repousse les unes et les autres ? S'il les accepte, au contraire, n'en rien dire c'est leur laisser toute leur autorité.

Encore un mot sur mes observations. M. Depaul a dit que depuis quelque temps il voyait des quantités de malades de mon service, déclarées guéries par moi, venir couvertes de plaques muqueuses accoucher chez lui, à la Clinique ; il a dit qu'il y avait de mes malades dans les services des hôpitaux et, en particulier, dans le service de M. Nélaton, suppléé par M. Houel. Comme j'ai l'observation de toutes mes malades, j'ai pu aller vérifier sur le registre d'admission de l'hôpital des Cliniques.

Ce nombre de malades couvertes de plaques muqueuses allant, en sortant de mon service, accoucher chez M. Depaul, ce nombre est représenté par le chiffre 4, la fille S..., celle dont vous a parlé M. Depaul dans la dernière séance. C'était une de ces malades enceintes qui sortent de mon service à peine guéries ou à peine traitées, pour aller faire leurs couches dans un hôpital où l'on donne le secours et la layette, ce qui n'a point lieu à Lourcine, par suite d'une tradition administrative qui, je le crois, disparaîtra bientôt. Il y a trois jours, une malade est allée dans une pareille intention dans les salles de M. Depaul. Celle-là est en puissance de plaques muqueuses, mais son

enfant vit, et elle n'est restée chez moi que trois jours, juste le temps d'être cautérisée une fois : et je dis cela pour prévenir une nouvelle méprise.

Les malades de mes salles qui ont été vues chez M. Houel sont au nombre de une! la fille B...

Cette femme, qui avait été scrofuleuse dans sa jeunesse, avait eu la variole et portait les traces de l'une et l'autre maladie; elle était entrée dans mon service pour des plaques muqueuses de la vulve et de l'anus. Trois mois après son entrée, elle était guérie de ses plaques muqueuses de la vulve, grâce à des cautérisations et des bains, et elle avait repris un bon aspect, grâce à un traitement tonique. Mais les plaques muqueuses de l'anus ulcérées par suite de la désécation, cause journalière de déchirures, n'étaient point guéries, et je les cautérisais et faisais appliquer des mèches enduites d'onguent de la mère dans l'anus, quand, par suite d'insolences envers le directeur, la malade fut renvoyée de l'hôpital, le 11 janvier 1867. Le 29 janvier, la fille B... s'est présentée dans le service de M. Nélaton que M. Houel remplaçait. La malade, me disait M. Houel, comme M. Depaul, était dans un état pitoyable. Je me suis hâté d'aller la voir, Voici ce qu'elle avait : une adénite suppurée sous la mâchoire inférieure du côté gauche, ayant son origine probable dans une carie dentaire; et les plaques muqueuses ulcérées à la marge de l'anus, que la malade avait en sortant de l'hôpital de Lourcine.

M. Houel a donné du mercure à cette malade, il s'en est lassé. Et le 4^{er} mai, la fille B..., que j'ai examinée à la consultation, ayant toujours ses plaques muqueuses ulcérées à l'anus, se présentait pour entrer dans mon service, dont la direction lui a refusé l'entrée.

J'ai trouvé une de mes malades dans les hôpitaux, et c'est la seule qui, déclarée guérie par moi, est allée à ma connaissance dans un autre hôpital que Lourcine. Voici le fait, il est instructif, et je ne crains pas de le livrer à ma charge.

B..., 49 ans, piqueuse à la mécanique, entre le 9 décembre 1865, amenée du couvent Saint-Michel, où elle avait été placée par ses parents, en expiation d'une première faute, source de son mal. Depuis deux mois cette fille était malade, elle avait des érosions à la vulve, dont plusieurs avaient les caractères de chancres mous; et une vaginite.

Cette jeune fille avait été scrofuleuse, et elle portait des traces de cette maladie; au moment de sa première communion, notre jeune fille avait eu un rhumatisme articulaire aigu.

Soumise au traitement par le bichromate de potasse, environ un centigramme par jour, et l'iodure de potassium à la dose de cinquante

centigrammes, et surtout grâce aux cautérisations locales avec la solution saturée de chlorure de zinc, la malade guérit promptement de ses ulcérations ; seulement il survint des angines et des plaques muqueuses de la gorge, puis une adénite cervicale qui a suppuré. Je dois dire aussi que la malade a eu des attaques de rhumatisme dans les deux genoux et les deux coudes, pour lesquelles il a été administré des pilules de sulfate de quinine et de poudre de Dower, de chacune, 45 centigrammes.

Le 17 mars 1866, la malade sortait en bon état. Au commencement d'avril, à la suite de ses règles, la malade a vu reparaitre quelques plaques muqueuses à la vulve. Le 14 du même mois, la malade est entrée à l'hôpital, et elle y a séjourné jusqu'au 23 juin, soumise à un traitement tonique et réparateur, viandes rôties, vin de quinquina 424 grammes, poudre tonique (fer, quinquina, et canelle) et sirop d'iodure de fer. Des bains sulfureux et alcalins étaient administrés. La malade remise en bon état est sortie, et est revenue à la consultation au mois de novembre 1866, très-bien guérie.

Cette année, au mois de mars 1867, cette malade était à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. Hérard. J'ai été la voir, et voici ce que j'ai constaté : il y avait des gommès sur les deux jambes et une sur l'avant-bras gauche. La jeune fille disait que depuis deux mois elle était très-fatiguée des jambes, et qu'elle avait quelque peine à faire manœuvrer sa mécanique ; elle ajoutait qu'elle mangeait une assez bonne nourriture chez ses parents, mais qu'elle s'ennuyait, et qu'elle avait maigri. Les gommès étaient ramollies mais non ouvertes, et elles ressemblaient assez bien à des boutons d'érythème nouveau sur le point de suppurer.

Après quinze jours de séjour à l'hôpital, où elle prenait une pilule de sublimé et un gramme d'iodure de potassium chaque jour, la malade est partie, ce qui suppose qu'elle n'était pas plus mal, et que le repos surtout avait amélioré son état. Je ne sache pas que personne puisse dire que le mercure fait résoudre des gommès en quinze jours.

Ce fait montre clairement que la syphilis non traitée par le mercure peut marcher très-vite sans compromettre gravement la santé des individus, qu'elle peut arriver à son terme, ou, comme vous l'a dit M. Dolbeau, l'iodure de potassium a des effets assez certains, sans qu'on ait à redouter des complications viscérales. Est-ce à dire, messieurs, que dans tous les cas je souhaite un résultat pareil ? Non, messieurs. Ce fait peut être une exception, car nous avons affaire ici à une malade qui a subi les influences de trois diathèses, la scrofule, le rhumatisme et la syphilis.

Un mot sur ce traitement tonique et réparateur, objet des critiques de M. Depaul. Et d'abord, ce n'est pas moi qui l'ai inventé, c'est un peu tout le monde.

Ce n'est pas, comme le croit M. Depaul, du quinquina et du fer; c'est une bonne nourriture avec de la viande en supplément, c'est du vin, mais c'est aussi du sommeil, un exercice réglé et l'abstinence de tout excès. J'avais traduit cette hygiène par ces mots : vivre de la vie de l'enfance. J'ajoute à cela la médication tonique : quinquina, cannelle, huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer et iodure de potassium à très-petites doses, comme excitant l'appétit; des bains salés, des bains sulfureux et des bains alcalins; et quand je cautérise les ulcérations, je ne contrarie point les effets du traitement tonique; ceci n'est pas contesté.

M. Depaul m'a dit que je prétendais guérir les accidents syphilitiques avec le traitement tonique. Une partie de mon discours ne l'a pas frappé. J'ai dit que je faisais un traitement local scrupuleux, et c'est comme traitement local que j'ai donné le bain de sublimé, que je remplace par un bain excitant aujourd'hui.

Tout cela, messieurs, les partisans du mercure ne le négligent point, et c'est heureux, car, à mon sens, ce traitement tonique et réparateur, dans le cas où l'on donne de très-petites doses de mercure, atténue les effets du mercure, en même temps qu'il aide la guérison spontanée de la syphilis.

Mais, dit M. Depaul, les gens du monde qui mangent de bonnes choses font le traitement tonique et réparateur. Manger de bonnes choses n'empêche pas de se livrer à des plaisirs, à des excès; cela ne calme pas les préoccupations d'argent, d'affaires, les marches forcées, les veilles, que sais-je encore? Et cela est même connu de vous, car quand les syphilis que vous traitez résistent à votre traitement mercuriel, vous envoyez vos malades aux eaux minérales, où le repos et le sommeil ont autant d'action que les bains.

Sans rien mettre à la place, M. Depaul a nié la théorie de la guérison spontanée de la syphilis, que Hunter lui-même avait entrevue. Toute la théorie de l'action des mercuriaux dans la syphilis et de la marche de la syphilis est, pour mon honorable contradicteur, dans cette formule : le mercure arrête les néoplasies syphilitiques. J'ai touché ce point, dans ma précédente argumentation, et j'ai montré que cette proposition n'avait rien de précis. Mais comme elle émane d'un professeur qui se signale par son amour pour la science et son ardeur dans les recherches physiologiques et thérapeutiques, je veux y revenir. D'ailleurs, M. Sée a pris en considération la discussion de la Société de chirurgie, et on doit le payer de retour.

J'ai suivi les leçons que M. Sée a consacrées à l'étude du mercure, et j'ai appris des choses nouvelles d'un grand intérêt, et qui font honneur à M. Cl. Bernard et à M. Sée, mais qui ne placent pas toutefois le mercure au rang des médicaments spécifiques et véritablement utiles.

Suivant M. Sée, le mercure agit sur le sang et sur les organes.

Il n'est pas démontré qu'il y ait aglobulie dans le sang des individus mercurialisés. Sur ce point des expériences nouvelles me paraissent nécessaires. Le sang des mercurialisés est plus riche en fibrine, il est quelquefois couenneux ; il y a diminution de l'albumine, le mercure formant un chloralbuminate de mercure avec l'albumine du sang.

De là je tire ce premier enseignement, que le mercure altère le sérum du sang, comme les autres infections, ainsi que cela ressort des travaux et des leçons de M. Robin. Or je sais que le mercure rend malade les ouvriers qui le travaillent. Il en résulte donc que nous pouvons préciser comment le mercure rend malade. Je ne parle pas de la salivation mercurielle, c'est un mode d'élimination du mercure exagéré. Je montre une contradiction : autrefois, l'on disait que le mercure enlevait au sang sa plasticité, et les partisans du mercure disaient : La théorie nous autorise à donner des préparations mercurielles pour arrêter l'induration chancreuse, les exsudats de l'iritis et les plaques muqueuses. Aujourd'hui, sous l'influence du mercure le sang est plus plastique qu'à l'état sain. La théorie est en défaut, mais, quand il s'agit de tenir à une tradition, on n'y regarde pas de si près. Lorsque nous avons dit qu'il y avait une anémie, une altération du sang, nous n'étions pas précis, les mots étaient impropres ; mais le sang perd de son albumine, et cela suffit. Et comme l'absence d'albumine dans le sang peut tuer, nous n'avons pas besoin d'autre chose pour dire que donner du mercure pour la syphilis, c'est débilitier un malade atteint de maladie débilitante, c'est enlever au sang de l'albumine pour une lésion qui cause, elle, l'anémie franche. Voyons l'action du mercure sur les organes. D'après M. Sée, le mercure dénourrit les organes, et il exerce son action dénutritive sur tous les organes, par une action indirecte : la perte de l'albumine qui se produit partout où il y a du sang.

Ceci posé, M. Sée établit une théorie de l'action du mercure dans la syphilis. Il dit que la syphilis agit sur quelques organes que le mercure respecte, les ganglions lymphatiques par exemple : le mercure agit donc en sens opposé à la syphilis ; et voici une explication du professeur Sée : la syphilis altérant les ganglions, ceux-ci n'élaboreront plus de globules blancs, et il y a anémie ; le mercure, dénourris-

sant tous les organes, denourrit les ganglions malades et remettra les choses en état. Ceci est logique, théoriquement, quoiqu'il y ait une petite contradiction. Mais il faudrait démontrer que les engorgements ganglionnaires sont toute la syphilis, et cela n'est pas; les accidents secondaires et tertiaires vont généralement sans engorgements ganglionnaires multiples, le mal est une altération du sang. Puis, si le mercure denourrit les ganglions, que ne le fait-il pour les engorgements scrofuleux et les leucocythémiques, et même pour les adénites indolentes, suite de croûtes dans le cuir chevelu ?

Si le mercure denourrit, comment peut-il favoriser la réparation d'ulcérations syphilitiques ? La contradiction est formelle, et une preuve existe qui montre ce que peut le mercure. Les plus ardents de ses partisans conviennent qu'il est inutile et même dangereux pour les chancres phagédéniques.

Sans nous donner les preuves du contraire, M. Depaul a dit que la syphilis ne s'éliminait pas seule; il a nié la guérison spontanée admise par Hunter et M. Diday.

Nous maintenons que la syphilis se guérit par des éliminations intermittentes comme les poisons tels que le plomb. Dans la syphilis le nombre des poussées et le nombre des lésions à chaque poussée mesurent la quantité de poison à éliminer, et ceci n'est point le vitalisme ancien ou renouveau justement condamné. Nous avons montré que c'était de la physiologie.

Si des os renferment du poison syphilitique, ils s'éliminent souvent avec le mal : la nature est aveugle, maladroite, mais tous les poisons et corps étrangers introduits dans l'économie sortent de même. Lorsque vous nous montrerez un homme à qui vous avez rendu son nez atteint de carie syphilitique, par un traitement mercuriel, vous pourrez nous reprocher de négliger l'intérêt de nos malades. Mais cela ne se peut, et l'on donne simplement du mercure pendant que les os s'éliminent et pendant que la cicatrisation se fait. Vous guérissez, dites-vous, au moment de la période inflammatoire, des gommès par le mercure. Mais d'autres les guérissent avec l'iodure de potassium, et j'en arrête avec l'huile de foie de morue, les cataplasmes, les toniques et le repos. M. Verneuil ne nous a-t-il pas parlé d'un malade dont il avait guéri les gommès avec de l'emplâtre de Vigo, du diachylum et des cataplasmes, indistinctement ?

M. Depaul a affirmé que le mercure empêchait les avortements, il nous a dit : J'ai vu : je réponds que j'ai cherché. Il faut avouer que j'ai la main malheureuse pour mes adversaires : j'ai 5 femmes dans mon service, que je puis montrer, et qui ont eu des avortements et des accouchements prématurés ou ont gardé leur enfant.

Trois femmes n'avaient pas pris de mercure, et étaient enceintes depuis plus de 7 mois. Une est accouchée prématurément d'un enfant mort ; une est accouchée d'un enfant qui a vécu deux jours ; une est accouchée à terme d'un enfant vivant ayant quelques plaques muqueuses, et la malade est partie avec son enfant vivant. Ces trois malades avaient eu des plaques muqueuses au troisième mois de la grossesse environ.

Deux malades, les filles C... Marie, 22, salle Saint-Alexis, et T..., 34, salle Saint-Bruno, étaient enceintes de 4 et 5 mois, elles étaient malades depuis 3 mois, et avaient des plaques muqueuses ; les deux malades ont été examinées au speculum. Une, la fille C..., qui avait pris en ville 150 pilules mercurielles, a avorté ; l'autre, qui n'avait rien pris, est encore enceinte, et je tâche d'amener à terme son enfant.

Il est presque sûr que la syphilis constitutionnelle de la mère est une cause de mort pour l'enfant, comme l'anémie, lorsque la vérole débute avec la grossesse. Les trois premiers faits sont donc dans la loi, les deux seconds sont tout au désavantage du traitement mercuriel pour prévenir l'avortement.

Que dire encore ? Un partisan du mercure qui n'est pas en suspicion, M. A. Guérin, a écrit, dans son livre sur les *Maladies des organes génitaux externes de la femme* (p. 226), que le mercure donné à dose de 40 centigrammes par jour était capable de faire avorter les malades. L'auteur cite trois faits d'avortements après 21, 47 et 45 jours de traitement. Aussi conseille-t-il de ne donner que très-peu de mercure aux femmes enceintes, une dose moitié moindre de celle qu'on donne habituellement aux autres malades.

M. Depaul dit avoir arrêté des séries d'avortements par un traitement mercuriel. Je pense d'abord que mon honorable adversaire ; employait, outre le mercure, les soins habituels qu'on donne aux femmes enceintes pendant la période correspondant au terme habituel de leur avortement ; d'un autre côté, il paraît raisonnable de conclure que le mercure ne prévient le dernier avortement que quand la syphilis de la mère est atténuée par le temps ou est arrivée à la fin d'un stade d'expulsion du virus.

Enfin, messieurs, ici encore une contradiction entre la théorie et la thérapeutique. Le mercure, dit-on, guérit parce qu'il arrête les néoplasies et dénoutrit les organes. Or la grossesse est la néoplasie par excellence, néoplasie dans l'utérus et formation totale du fœtus. Le mercure, s'il a réellement les propriétés qu'on lui attribue, doit donc entraver la marche de la grossesse.

M. Depaul, en terminant, a dit que le mercure guérissait très-vite la syphilis des enfants. Je renverrai M. Depaul à son propre rapport

sur les faits de syphilis vaccinale du Morbihan. Mais M. Depaul a cité des faits : 7 enfants atteints de syphilis vaccinale ont été traités par lui pendant 2 mois ; il les a revus 2 mois après ; 5 enfants ont été guéris, 2 sont morts de maladies dites étrangères à la syphilis. M. Depaul nous assure que les observations seront publiées. Je les attends, mais j'avoue qu'en entendant dire : j'ai vu les enfants pendant trois mois, par la même bouche qui me dit que je n'ai pas assez d'expérience après avoir vu des malades 6, 10, 12, 18 et 20 mois, j'ai le droit d'être surpris.

En fait, messieurs, je n'ai pu trouver chez nos adversaires des observations, si courtes qu'elles soient, en réponse à mes statistiques.

Nous, à qui l'on a donné le mercure comme un excellent médicament, nous avons cherché par l'observation la confirmation d'une coutume thérapeutique ou sa condamnation. J'ai rempli mon rôle pour ma part ; nos adversaires ont-ils rempli le leur ?

Nos contradicteurs se sont bornés à nous dire : Le mercure est bon, et vous devez être de cet avis ; les observations que vous avez fournies ne comptent pas. Ils ont ajouté que nous nous livrions à une exagération regrettable, et que nous étions jeune et sans expérience.

Ceci s'appelle de la passion, et je réponds en me plaçant cette fois sur le terrain de nos contradicteurs : Un fait ne se multiplie pas parce qu'il est raconté, les preuves parlées ne valent pas les preuves écrites, parce que je ne puis pas les contrôler, et que le contrôle, je vous l'ai montré, change bien des choses. Je dis qu'il n'est pas d'autorité ni de haute position scientifique qui puissent mettre une opinion au-dessus des observations. Si je ne convains pas mes collègues, du moins ceux qui viendront plus tard chercher le jugement des faits pèseront la valeur des assertions que j'ai combattues, pèseront les observations et les statistiques que j'ai produites et que plusieurs de mes contradicteurs ont accueillies avec un si facile dédain.

M. VERNEUIL. On a parlé des bains de sublimé ; je tiens à dire pour ma part que le mercure est absorbé quand on l'administre de cette façon. Sans citer les travaux récents d'Hoffmann, la clinique a démontré que les bains de sublimé agissent par l'absorption du médicament. Je me rappelle entre autres une femme couverte d'ulcères horribles, atteinte de contractures musculaires et présentant de plus des accidents pulmonaires. Cette malheureuse femme ne pouvait tolérer aucun médicament ; elle a guéri grâce à l'usage fréquent des bains de sublimé. J'en conclus que le médicament a non-seulement agi sur les accidents extérieurs, mais encore sur les altérations viscérales.

J'ai dit dans une précédente communication que j'avais fait dis-

paraître des gommages en employant divers topiques; ce résultat, je ne le considère nullement comme une guérison définitive. On a donné comme sans importance une dose journalière de 50 centigrammes d'iodure de potassium; je ne partage pas cette manière de voir; je me rappelle que Bricheteau, à l'hôpital Necker, donnait 5 centigrammes d'iodure de potassium en lavage et qu'on voyait ainsi cesser les douleurs ostéocopes.

Après une courte discussion entre MM. Depaul et Després, relativement à la manière dont doit être faite la statistique médicale, la séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 12 JUIN 1867.

Présidence de M. LEGUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux de la semaine;

Montpellier médical, juin 1867;

Journal de médecine et de chirurgie pratiques, juin 1867;

Revue médicale de Toulouse;

De l'opportunité de la version, par le docteur Chassagny (de Lyon);

Quelques mots encore sur les polypes fibreux naso-pharyngiens volumineux, par le docteur Michaux (de Louvain);

Bulletin de la Société de médecine de Paris, année 1866.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. Liégeois, qui demande à être inscrit sur la liste des candidats à la place de membre titulaire déclarée vacante;

Une lettre de M. le docteur Heyfelder, membre honoraire, qui offre, de la part de M. le docteur Pélikan, une brochure intitulée : *Compte rendu des expériences de l'inoculation de la peste aux bêtes à cornes*.

— M. LARREY donne lecture de l'observation suivante, adressée par M. Ghérini, correspondant à Milan :

N. N..., belle fillette de neuf ans et demi, de la ville, naquit de parents sains.

La mère s'aperçut que la petite, au cinquième mois, avait la main gauche plus chaude et plus développée que l'autre; cependant la petite était belle et saine.

La mère, à deux ans, voyant que s'ajoutait, aux déjà dits phénomènes, une tumeur au dos et à la paume de la main avec une grande dilatation des veines de la main et de l'avant-bras, se décida d'avoir une consultation.

On déclara que la maladie était une tumeur sanguine et qu'il fallait la traiter avec les astringents, le froid et la compression, ce qui fut fait sans profit.

A sept ans, on me consulta sur la nature de la maladie et sur le plus convenable traitement.

En examinant avec attention la main, je m'aperçus que la température était plus élevée, les dimensions plus grandes, et qu'il y avait sur le dos une tumeur grande comme une pièce de 2 francs, et à la paume une plus petite. Toutes deux disparaissaient avec la compression faite soit sur les tumeurs, soit sur les artères radiale et ulnaire, ou sur la brachiale, pour reparaitre aussitôt que cessait l'action de la compression. La pulsation était manifeste à l'œil, et avec l'auscultation on entendait un bruit placentaire. Les veines de la main, de l'avant-bras et du bras, étaient extrêmement dilatées; l'artère brachiale fort développée et flexueuse. Cependant la petite se portait toujours bien.

Par exclusion, on pouvait dire que ce n'était pas une anectasie, ni un anévrysme variqueux, ni un anévrysme par anastomoses, ni une varice anévrysmatique, mais comme les signes s'approchaient plus de cette dernière, j'ai résolu de nommer cette maladie une *varice anévrysmatique congénitale*.

Je proposai de faire la ligature successive des artères radiale et ulnaire. La ligature de la radiale fut faite le 9 mars 1865; ensuite, on a lié l'artère ulnaire le 26 octobre de la même année.

Chaque opération a porté ses avantages, en ce sens que la maladie conserve encore ses signes, mais très-peu sensibles.

Aujourd'hui, 30 mai 1867, la maladie est restée stationnaire, la petite est belle, saine, et les parents satisfaits. Le système veineux reste dilaté comme auparavant.

On remarque deux petites artères, une au dos, l'autre à la paume de la main, lesquelles se sont développées après les opérations. Peut-être, on devra plus tard les lier aussi.

Discussion sur le traitement de la syphilis (suite).

M. DIDAY s'annonce, non comme un champion appartenant à l'un

ou à l'autre camp, mais comme un intermédiaire disposé à leur tendre la main alternativement à tous les deux. D'ailleurs, il demande à étendre un peu la question, et à traiter, en termes plus généraux, de « la conduite à tenir par le praticien en face d'une syphilis déclarée. »

Or on est aujourd'hui, malgré quelques divergences, à peu près d'accord sur ces trois points : 1° que le mercure, donné pendant le chancre, ne prévient pas les accidents secondaires ; 2° qu'il exerce contre la plupart de ces accidents, une fois qu'ils sont déclarés, une influence favorable ; 3° mais qu'il n'empêche pas leur retour, ne détruit pas ce qu'on appelle la diathèse. Ce troisième point avait déjà été formulé avec une autorité et une loyauté parfaites par M. Ricord, dont M. Diday, son élève, s'honore d'être le représentant à la tribune de la Société. Cet aveu d'un maître aussi accrédité que M. Ricord sur l'impuissance du mercure comme agent de cure radicale, a puissamment contribué, non-seulement à éclairer la science en la débarrassant d'une illusion trompeuse, mais encore à ramener les praticiens, en leur montrant que les récidives observées par eux ne provenaient pas de leur faute.

Eh bien, l'accord existant sur les trois points énoncés ci-dessus est, pour M. Diday, une preuve de la vérité de ses idées sur la nature non moins que sur le traitement de la syphilis.

En effet, pour lui, la syphilis est, comme d'ailleurs toutes les autres maladies virulentes, très-probablement une maladie parasitaire. En attendant que le microscope donne à cette hypothèse sa démonstration directe, M. Diday la justifie par les deux considérations suivantes :

1° Comme les germes des parasites, animaux ou végétaux, on voit les agents des maladies virulentes avoir une incubation fixe, puis sommeiller et se réveiller après une latence, une inaction plus ou moins longue ; témoin la mentagre, maladie due à un parasite, qui, après une guérison de plusieurs mois, se manifeste de nouveau et sans nouvelle contagion.

2° Il n'y a que des êtres organisés qui prolifèrent en des êtres identiques, aptes eux-mêmes à se reproduire. Or, cela étant, peut-on supposer que, uniquement en pathologie animale, un petit nombre de corps fassent seuls, sous le nom de virus, exception à cette loi qui régit le monde physique?...

Remarquons à quel point la théorie parasitaire rend un compte logique de l'évolution de la syphilis. On sait que les parasitocides ont une influence destructive très-marquée sur l'être à l'état de développement ; en ont une nulle ou beaucoup moins marquée sur le même

être à l'état de germe. Eh bien, impuissance du parasiticide sur le germe et action de ce même parasiticide sur l'être développé, cela n'explique-t-il pas bien, en syphiliographie, l'impuissance du mercure donné pendant le chancre, ainsi que dans l'intervalle entre les récidives et son action sur les accidents secondaires, ainsi que sur chacune de leurs récidives ?

Mais dans l'étude de l'évolution de la syphilis, il ne faut pas tenir compte seulement de l'agent morbide. L'organisme, c'est-à-dire le milieu dans lequel cet agent opère, doit aussi être pris en considération. Or, la parasitographie fournit encore, à cet égard, des données certaines. Elle enseigne qu'une condition favorable pour le développement des parasites, c'est l'affaiblissement de l'être sur lequel ils vivent : voyez les achorions, les pediculi se multiplier chez les enfants lymphatiques, débilités, les champignons, les lichens sur les arbres vieillis ou malades.

Ceci nous apprend, continue M. Diday, que la syphilis peut guérir seule quand l'agent morbide a peu de force et que l'organisme du sujet infecté est vigoureux : ceci a d'ailleurs été démontré par l'observation. A ce sujet, M. Diday renvoie aux dix-huit exemples de guérison spontanée, dont son livre contient la relation détaillée : la guérison, dans ces cas, remonte aujourd'hui à huit, dix, douze ans, et, pour l'un d'eux, à vingt ans.

Ceci nous apprend encore que l'hygiène reconstituante est le seul moyen à employer dans l'intervalle entre les récidives, en même temps qu'un adjuvant précieux pendant la durée même de ces récidives.

Sur ces données s'établit un traitement, sans exclusions systématiques, où le spécifique et l'hygiène interviennent chacun à leur tour, selon les besoins, dans une juste proportion, sans donner le spectacle d'un médicament asthénique, antiplastique, débilitant, donné à outrance, pendant tout le cours d'une maladie essentiellement débilitante elle-même. Ici encore, nous nous retrouvons avec M. Ricord, qui, plus que personne et avant qui que ce soit, a réduit l'usage du mercure ; qui, contre la syphilis même, sait en vrai praticien en ajourner l'emploi quand on est en présence d'une complication débilitante ; qui enfin a toujours recommandé de l'associer à un régime tonique.

Répondant à M. Depaul, qui doute du pouvoir de la nature et de l'hygiène, soit pour prévenir, soit pour guérir la syphilis héréditaire, M. Diday reconnaît que, en pareil cas, le mercure doit toujours être administré, qu'il y aurait faute grave à l'omettre. Cependant il veut établir que la nature et l'hygiène font ici tout autant que les remèdes ; et il le prouve par deux faits. Le premier, c'est que la série d'enfants

qui naissent successivement de deux parents syphilitiques sont de moins en moins infectés, même quand ces parents n'ont suivi aucun traitement, l'action fœticide du virus s'épuisant spontanément au fur et à mesure de chaque naissance; Haase, Bertin, Bardinet, Doyon et Drou, ont publié des preuves cliniques irrécusables de cette loi. Secondement, M. Diday cite le cas d'un nourrisson syphilitique, qu'il traitait par le mercure, et chez lequel on voyait néanmoins le mal s'aggraver et menacer la vie, lorsqu'on découvrit que la nourrice s'adonnait passionnément aux alcooliques. Confié à une meilleure nourrice, l'enfant a guéri, quoique, à partir de ce changement, on ne lui ait plus donné de mercure.

D'après ces notions, M. Diday traite la syphilis de la manière suivante :

Il ne donne pas le mercure durant le chancre primitif, ou du moins il ne le donne que rarement, que si, après quatre semaines, l'induration devenue très-consistante, annonce une de ces véroles fortes contre lesquelles il y a lieu d'agir, non-seulement dès que la première éclosion d'accidents se révèle par des manifestations apparentes, mais dès qu'on est sûr qu'elle est en voie de s'opérer.

Il ne donne pas de mercure contre les accidents secondaires si ceux-ci sont légers, et si la constitution du sujet promet une force suffisante de résistance à l'agent morbide. Il en donne, au contraire, si la première poussée, au lieu de consister en roséole, en papules discrètes, se compose de macules foncées, de squammes, de pustules.

Même conduite à l'égard des récidives ultérieures. Pas de mercure si elles sont espacées, consistant en lésions superficielles, si leur apparition peut s'expliquer par des causes d'évolution indépendantes de la force du virus (tels sont les changements de saison, les excès, les émotions morales). Mercure dans les conditions opposées.

M. Diday donne cependant presque toujours le mercure pour certaines lésions contre lesquelles il possède une efficacité incontestable : l'iritis, l'onxyxis, l'albuginite, la dysphonie. Au contraire, il ne le donne pas, s'il n'existe qu'une syphilide palmaire ou plantaire, ou des plaques muqueuses, maladie contre laquelle l'action d'un traitement mercuriel interne est égal à zéro.

Mais, dans les divers cas où il juge le mercure indiqué, M. Diday ne le continue que jusqu'à ce qu'il ait influencé l'organisme, ce qui se reconnaît à une gingivite commençante. Huit à dix jours d'un traitement avec 40 centigrammes de proto-iodure de mercure et une friction de 4 grammes d'onguent napolitain par jour, lui suffisent ordinairement pour obtenir ce résultat. Avec cette manière d'agir, conforme d'ailleurs au mode selon lequel on use des autres spécifiques.

il a l'avantage, n'irritant pas le tube digestif et n'habituant pas l'organisme à l'action curative du remède, de pouvoir recommencer ce court traitement avec le même succès, chaque fois qu'une nouvelle poussée en démontre l'indication.

Mais la syphilis ne conserve pas, pendant toute sa durée, les mêmes caractères. Secondaire, elle se donne à quiconque la veut prendre; elle engendre des lésions contagieuses; elle guérit. Tertiaire, elle ne survient que dans des cas déterminés; ses lésions ne sont plus contagieuses; elle n'est plus curable, ou du moins elle ne l'est que comme le sont la dartre, le rhumatisme, la goutte.

Ces changements de caractères dénotent une transformation de nature. De même que l'intoxication saturnine, paludéenne, rubéolique, donne lieu à des perturbations profondes, à la leucocytémie, à l'anémie, à l'albuminurie, de même l'intoxication syphilitique peut, dans certaines conditions, se transformer en une diathèse. Ces conditions sont la privation de sommeil nocturne, les émotions du jeu, les excès alcooliques, la vie sédentaire dans un air confiné, etc.

Le tertiarisme, en d'autres termes la syphilis devenue diathèse, ne se guérit pas plus par les médicaments que le rhumatisme par les bains térébenthinés, que la goutte par une saison à Vichy, que les dartres par les eaux d'Uriage (les plus puissantes de toutes cependant contre cette affection). De même, l'iode n'est pour la syphilis tertiaire qu'un excellent palliatif. Pour la guérir, il faut un changement radical et permanent de toutes les conditions de la nutrition : résidence, profession, alimentation, hygiène morale.

Revenant à la question plus spécialement portée devant la Société, M. Diday demande à la Société elle-même si, par sa composition, elle se sent bien compétente pour trancher un problème aussi grave; si elle ne ferait pas mieux d'en renvoyer la solution à un congrès de spécialistes convoqués spécialement dans ce but.

M. VERNEUIL. Je crois être l'interprète de la Société en remerciant M. Diday, qui a bien voulu venir de si loin prendre part à la discussion actuelle. Il est toutefois une phrase de son allocution que je ne puis laisser sans réplique. Notre collègue craint que la Société, composée surtout de chirurgiens proprement dits, n'ait pas toute la compétence désirable pour juger les points litigieux de l'histoire de la syphilis. Il pense que ces problèmes difficiles seront plus sûrement résolus dans un congrès de spécialistes.

Je ne saurais partager cette manière de voir; je suis convaincu que nous sommes parfaitement compétents et que nulle réunion ne saurait l'être davantage.

Nous sommes arrivés pour la plupart à l'âge de la maturité, nous

avons en moyenne plus de vingt ans de pratique, et la théorie nous est connue dans ses moindres détails. Depuis longtemps, dans la clientèle privée ou dans les hôpitaux, nous soignons les maladies vénériennes. Un bon nombre d'entre nous a passé plusieurs années dans les établissements spéciaux, et tous nous avons étudié la vérole comme les affections des yeux, des voies urinaires, des organes génitaux dans les deux sexes, et autres objets de diverses spécialités: nous connaissons tout cela comme les fractures, les luxations, les hernies, les anévrysmes et bien d'autres sujets tout aussi difficiles, tout aussi compliqués.

Il me semble même que pour connaître à fond une affection aussi fréquente, aussi variée, aussi protéiforme que la vérole, il y a plus d'avantage à être encyclopédiste qu'à tenir toujours ses yeux fixés sur un seul point de la science et de la pratique.

Si l'on interrogeait le passé et le présent, on verrait que les plus grands progrès, les découvertes les plus utiles dans le champ des prétendues spécialités, ont été réalisés et promulgués précisément par les esprits à vues larges et non par les spécialistes. Ceux-ci d'ailleurs sont fort sujets à l'erreur et se trompent tout aussi bien que les autres, malgré leurs longues méditations exclusives.

Si M. Diday a fait faire des progrès réels à la syphiliographie, c'est justement parce qu'il sait aborder tous les points de la science médicale comme il le prouve chaque jour dans l'estimable journal qu'il rédige.

En résumé, que les syphiliographes fassent un congrès s'ils le veulent, mais il est évident que nous pourrons en attendant traiter avec fruit la question du traitement de la vérole.

Ceci dit, je veux examiner quelques points du discours de M. Diday. Je constate d'abord avec plaisir qu'il ne croit pas fermement à la guérison, et à plus forte raison à la guérison de la syphilis tertiaire. Je vois ensuite que M. Diday est partisan du mercure dans les cas où nous le croyons indispensable. Seulement il l'administre d'une manière particulière, comme le premier syphiliographe, et comme proposait de le faire M. Panas dans une des dernières séances.

Dans cette méthode on donne le spécifique à haute dose, de façon à faire disparaître les manifestations secondaires en un temps relativement court; après quoi on suspend, pour reprendre plus tard au besoin. On cherche à juguler les accidents.

Les partisans du mercure qui sont dans cette enceinte suivent pour la plupart d'autres errements. Ils le prescrivent à petite dose et en prolongent longtemps l'emploi pour combattre peu à peu le mal, sans avoir la prétention de l'anéantir rapidement.

Si je ne me trompe, ces deux méthodes sont radicalement différentes, et je crois que la Société ferait bien de les étudier comparativement avec le plus grand soin. Je ne me pose point en législateur; mais à mon sens et avec les idées générales qui me guident en théorie et en pratique, la seconde méthode anciennement inaugurée à Montpellier me paraît infiniment supérieure et plus rationnelle que la première. C'est un point à discuter.

Je n'ajouterai qu'un mot. Nos contradicteurs disent que nous donnons du mercure pendant deux ans; cela pourrait prêter à l'équivoque. Oui, nous donnons du mercure pendant le cours des deux premières années quand la chose nous paraît utile, mais avec des interruptions et non pendant sept cents jours consécutifs. Le premier traitement mercuriel dure à la vérité quatre mois en moyenne, mais pendant le reste de la cure, un nombre égal de jours suffit ordinairement. Je fais cette remarque pour éviter un malentendu qui n'est que dans les mots.

M. DESPRÉS. La proposition d'un congrès faite par M. Diday n'a point été accueillie favorablement. La Société de chirurgie est absolument compétente, la discussion l'a bien prouvé, et l'on a vu se produire successivement des affirmations émanant d'une grande autorité et des preuves empruntées à l'observation directe. Un congrès ne ferait pas autre chose, ce seraient encore des preuves et des opinions personnelles. Quant à voter des conclusions, c'est toujours à tort qu'une société s'engage dans cette voie. Quant au fond de la question qui s'agit en ce moment devant la Société, j'ai déjà dit qu'il fallait compter les faits et les juger. Les faits démontrent que les accidents syphilitiques guérissent seuls ou reviennent indéfiniment. Dans les syphilis malignes précoces, le mercure est sans action et quelquefois même il est nuisible; en un mot tout dépend, quant aux résultats de la thérapeutique, du degré d'intensité de la syphilis qu'on a traitée.

Je remercie M. Diday de l'appui qu'il nous a prêté. Je vois un mouvement parmi mes collègues, je m'explique : M. Diday nous a cité cette observation de Lallemand, qui montre des avortements successifs résistant au traitement mercuriel et s'arrêtant grâce aux préparations d'or.

Je n'en veux pas davantage; c'est une preuve que, dans ce cas, les avortements ont cessé par suite de l'épuisement naturel de la syphilis. M. Diday nous parle d'un nourrisson auquel il a donné du mercure et qui ne guérissait pas. En cherchant bien la cause de cet insuccès, on trouva que la nourrice buvait. On changea la nourrice et on cessa le mercure; l'enfant guérit. Y a-t-il une meilleure preuve

qu'une bonne nourriture et une bonne hygiène valent plus que le mercure ?

M. DIDAY. J'ai déjà dit que je n'étais pas aussi radical que M. Després ; cependant je trouve qu'on n'a point assez tenu compte des observations que j'ai publiées et qui sont relatives à des guérisons de syphilis obtenues sans l'emploi des mercuriaux. L'une d'elles remonte à vingt ans, et j'ai encore l'occasion de revoir la malade.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Nanisme avec polysarcie.

M. TRÉLAT présente un sujet chez lequel on peut observer tous les caractères de l'arrêt général du développement consécutif à la naissance.

Léon B... est âgé de dix-huit ans, il a 104 centimètres de taille ; son poids est d'environ 35 kilogrammes. Ses parents, régulièrement conformés, ont eu quatre enfants. L'aînée et les deux cadets sont bien développés ; Léon est le second. Il a exactement l'aspect d'un enfant de vingt à vingt-deux mois amplifié ; même figure enfantine, même sourire facile, mêmes plis à la racine et dans la longueur des membres. Les dents, au nombre de dix-huit, appartiennent toutes à la première dentition ; les deux incisives médianes supérieures, tombées il y a deux ans, n'ont pas été remplacées ; mais on voit à leur niveau la gencive amincie et soulevée par les deux incisives de la seconde poussée.

A la base du cou et dans la région des reins, on apprécie, sous le tégument, une épaisseur considérable de graisse ; c'est son accumulation qui détermine les plis des membres qui ont été indiqués. Il est probable que cette accumulation de graisse ne se borne pas au tissu cellulaire sous-cutané, mais qu'elle a envahi les espaces inter-organiques et peut-être même le tissu de certains organes. La marche est difficile ; le sujet doit être soutenu par les mains et ses pas sont courts et roides ; la respiration est courte et manifestement insuffisante. Le sujet mange peu et digère bien. Il est souvent et opiniâtrement constipé.

C'est entre deux et trois ans que ses parents s'aperçurent que son développement ne suivait pas une marche régulière.

Léon parle, mais sa prononciation est enfantine et sa voix entrecoupée par la brièveté de la respiration. Il faut suivre avec attention pour entendre ses mots ; cependant quand il s'aperçoit qu'on ne l'a pas entendu, il se reprend volontiers et prononce mieux. Il répond juste aux questions simples ; il sait l'heure et le jour. Il n'écrit pas,

mais il sait lire; sa lecture est lente, un peu difficile, mais continue; néanmoins les mots un peu longs et les termes inusités lui échappent complètement. C'est, en somme, une intelligence faible et paresseuse, mais ce n'est ni un idiot, ni un crétin, ni un imbécile, dans le sens propre de ces mots.

Cet individu, curieux à étudier, aurait nécessité beaucoup d'autres constatations; mais M. Trélat, qui l'a rencontré par hasard il y a peu de jours (on montre l'enfant pour de l'argent), n'a pu les faire.

M. LARREY. J'ai vu, dans une tournée à la Rochelle, un enfant qui ressemblait beaucoup à celui-ci; il avait onze ans, il était très-obèse et se mouvait à peine. S'il eût marché, cet enfant eût présenté un double varus. Je voudrais savoir en quoi consiste la nourriture du sujet présenté par M. Trélat, car chez l'enfant dont je viens de parler l'état de monstruosité était favorisé par un régime spécial; la nourriture de ce malheureux consistait en biscuits. Ces faits conduisent à déplorer la tolérance qui permet l'exhibition de ces êtres si mal conformés; il serait désirable qu'on vît cesser l'opposition qui existe entre l'ordre formel et la tolérance abusive.

M. TRÉLAT pense que la monstruosité chez l'individu qu'il présente ne peut être attribuée au genre d'alimentation; l'examen des traits, la persistance des dents temporaires, la configuration des membres, etc., militent en faveur d'un arrêt de développement.

M. MARJOLIN se joint à M. Larrey pour déplorer la trop grande tolérance de l'autorité, eu égard à l'exhibition des individus mal conformés.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 19 JUIN 1867.

Présidence de M. LARREY.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance manuscrite comprend :

Des lettres de MM. Labbé et Désormeaux, qui s'excusent de ne pas assister à la séance ;

Une lettre de M. Guéniot, qui demande à être inscrit sur la liste des candidats à la place vacante de membre titulaire ;

M. E. Godin, pharmacien, adresse à la Société des échantillons de nouvelles préparations mercurielles qui lui paraissent devoir présenter les avantages du mercure, sans en avoir les inconvénients.

M. le Dr Pasturel adresse deux observations relatives à la puissance du mercure dans certaines maladies organiques. Une analyse de ce travail sera communiquée à la Société.

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux de la semaine ;

Le Bulletin général de thérapeutique, 45 juin 1867 ;

Bulletin de l'Académie royale de médecine, année 1867 ;

Statistique médicale de l'armée pendant l'année 1865 ;

Tratado teorico y clinica sobre fiebres periodicas, par le docteur Manuel Maria Ponte: Puesto sabello, 1867.

A l'occasion de la correspondance :

M. DESPRÉS. Puisqu'il arrive ici quelques observations de syphilis traitée avec succès par le mercure, je désire donner aussi une observation contraire qui m'a été envoyée par un médecin de la ville, M. le docteur Smyttère.

Voici un extrait de la lettre que m'a adressée notre confrère :

« J'ai eu, dit-il, la syphilis en 1861, à l'âge de trente-quatre ans. Elle m'a été inoculée pendant un accouchement, et j'ai voulu voir sur moi ce que deviendrait la vérole livrée à elle-même. Appelé par une sage-femme pour extraire un placenta retenu dans l'utérus, et ayant une écorchure au pouce droit, je vis se développer au bout de peu de jours un chancre qui devint induré et dont je porte la cicatrice, puis de la lymphangite et de l'adénite axillaire. Je laissai faire, continuant ma vie habituelle et me contentant de prendre des bains. Au bout de six semaines apparut une première poussée de roséole générale ; puis, plus tard, apparut une seconde poussée, croûtes dans les cheveux et la barbe, perte de cheveux et perte de poils de la barbe, plaques muqueuses suintant entre les fesses, parce que je marchais beaucoup. Enfin, un petit bouton d'ecthyma à la région sourcilière gauche, et un autre, très-volumineux, à la cuisse gauche, apparurent et durèrent avec une anémie, des bourdonnements dans les oreilles et de la surdité pendant cinq mois. »

Malgré ce qui était dit à M. Smyttère, il n'a rien fait. Si ce n'est qu'il a pris quelques pilules de proto-iodure de fer contre l'anémie, et qu'il a placé deux ou trois fois de la pommade au calomel sur les plaques muqueuses, comme siccatif. « Depuis le mois de février, ajoute M. Smyttère, ma santé a toujours été florissante. »

Notre honorable confrère se nourrissait bien et ne cessait de se livrer à ses occupations. Voilà pour la médication. Quant à ses intentions et ses opinions médicales, elles sont tout entières d'accord avec celles qu'enseigne la physiologie, à savoir : que les maladies, causées par un virus ou un poison introduit dans le sang, ne peuvent guérir que par une élimination plus ou moins lente, mais spontanée, pendant que les individus se soutiennent et entretiennent la régularité de leurs fonctions.

M. DEPAUL. J'étais absent à la dernière séance, mais je désire joindre ma protestation à celle de mes collègues. M. Diday a émis des prétentions qui ne sont point acceptables ; c'est peu parlementaire pour un membre correspondant de venir nier la compétence de la Société de chirurgie dans une question de syphilis.

A l'occasion du procès-verbal, une courte discussion s'engage entre MM. Depaul et Després sur la valeur de la statistique sommaire qui a été recueillie par ce dernier à l'hôpital Saint-Louis. Cette discussion est motivée par une lettre de M. Hillairet, qui déclare que la statistique de M. Després ne présente pas les garanties suffisantes.

M. DESPRÉS. Je repousse l'accusation que M. Hillairet a portée contre ma statistique, parce que M. Hillairet s'est fondé sur les rapports de ses malades et de ses infirmiers.

Suite de la discussion sur la syphilis.

M. Alph. GUÉRIN. Le point de départ de la discussion sur le traitement de la syphilis est une opinion jetée sans importance dans un rapport sur l'ulcération chancreuse. Le rapporteur était porté à croire que le bichromate de potasse est un remède utile contre la syphilis; il émit l'idée que le mercure pourrait bien n'être pas indispensable dans le traitement des maladies syphilitiques; mais cette opinion était émise avec tant de prudence qu'il n'en eût certes pas été question longtemps, si un de nos collègues, avec un peu plus d'ardeur, n'eût pas dit hardiment et nettement que le mercure est inutile dans le traitement de la vérole. De l'opinion prudente à l'opinion exclusive et hardie, il n'y a pas pourtant grande distance : elles se rapprochent l'une de l'autre eu ce sens qu'elles abandonnent la maladie à elle-même, elles diffèrent en ce que l'une affirme, tandis que l'autre doute.

Quand on dit seulement : *je suis porté à croire*, on n'appelle pas

la réfutation et j'aurais été d'avis de laisser M. Dolbeau continuer ses expériences sur le bichromate de potasse et d'attendre une communication explicite à ce sujet, avant de discuter cette thérapeutique. Notre collègue sait aussi bien que nous qu'il n'a pas ajouté grand' chose à ce que l'on avait dit sur l'efficacité du bichromate de potasse dans les affections syphilitiques ; il nous a engagés à le suivre sur ce terrain, nous lui répondons que notre conscience ne nous le permet pas, à nous qui regardons sa thérapeutique comme purement expectante, et qui n'avons pas la plus petite frayeur du traitement par le mercure.

Nous refusons l'invitation de M. Dolbeau, il fera tout seul ses expériences, il a le droit de les faire, parce qu'il n'a pas les mêmes croyances que nous, et quand, dans quelques années, il saura à quoi s'en tenir, il nous dira le bien et le mal qu'il aura faits, il ne fera pas beaucoup de mal, soyez-en sûrs, il est trop perspicace pour ne pas s'arrêter vite dans un chemin qui ne le conduirait pas où il veut arriver. Bientôt, il reconnaîtra avec effroi que son traitement ressemble à celui de M. Després, et nous le verrons venir dire ici, avec conviction, que le mercure est le seul agent véritablement utile dans le traitement de la première période de la syphilis.

J'ai eu le tort de prendre la parole après avoir entendu le rapport de M. Dolbeau et de dire de suite ce que je pensais du traitement de la syphilis. J'aurais mieux fait d'en appeler seulement de M. Dolbeau ayant traité un trop petit nombre de malades pendant un temps trop court à M. Dolbeau ayant vu plus et plus longtemps. J'ai trop de confiance dans sa sagacité, pour croire qu'il a besoin d'être combattu, pour revenir aux idées que la Société de chirurgie professe.

Vous avez tous eu, je crois, la même pensée que moi, puisque le traitement par le bichromate de potasse a été laissé de côté, que personne ne l'a discuté et qu'on l'a considéré implicitement comme une des formes de l'abstention.

Cette discussion nous a valu la bonne fortune de voir au milieu de nous un correspondant dont nous connaissions tous la plume élégante, mais dont nous n'avions pas encore été à même d'apprécier l'habileté de parole. J'avoue que, pour ma part, j'ai été pendant une heure sous le charme de cette élocution nette, précise, douce et finement maligne, et j'aurais eu grand'peine à ne pas applaudir notre collègue. si, avant de quitter la tribune, il n'avait eu la malheureuse idée de nous jeter à la tête, sans nous bien connaître, un reproche immérité. Ce reproche prémédité nous a d'autant plus surpris que notre collègue s'était complu, à plusieurs reprises, à nous remercier de notre

hospitalité. Nous devons supposer qu'il terminerait son discours par l'expression du même sentiment, et voilà qu'après nous avoir prévenus qu'il allait nous dire quelque chose de désagréable, il fait feu sur la Société en visant à la tête! Heureusement personne n'a été atteint. Répondrons-nous à l'accusation dirigée contre la Société; dirons-nous que presque tous ici, après avoir été chargés d'un service spécial pendant plusieurs années, nous continuons à voir chaque jour aux consultations des hôpitaux, un grand nombre de malades affectés de syphilis; irons-nous, usant de représailles, faire le procès aux spécialistes qui nous attaquent? Pour moi, je crois que nous ne le devons pas, la Société de chirurgie est placée trop haut dans l'opinion du monde médical, pour qu'une attaque violente, de quelque part qu'elle vienne, puisse l'atteindre.

Oublions donc les prétentions de notre collègue de Lyon, pour le remercier d'avoir bien voulu nous apporter son contingent de lumières et voyons si ses opinions reposent toutes sur une observation irréprochable.

Je ne parlerai pas de la partie hypothétique de son discours, car M. Diday qui a été si clair et si précis plus tard, a commencé par une justification des plus obscures de ses idées sur la nature parasitaire de la syphilis et de toutes les maladies virulentes. J'aborde la partie pratique où j'ai la bonne fortune de me trouver d'accord avec M. Diday, bien plus souvent que je ne le pensais, mais pas aussi souvent que je l'aurais souhaité.

Notre collègue de Lyon a commencé, dit-il, par penser, comme M. Després, que la syphilis se guérit toute seule; que le mercure est inutile et qu'un traitement hygiéno-reconstituant est suffisant pour tous les cas. Aujourd'hui, il n'est plus du même avis, il pense qu'il faut donner du mercure toutes les fois que les manifestations de la syphilis sont menaçantes; il se contente du traitement hygiéno-reconstituant dans les cas seuls où l'éruption est légère et donne l'espoir que la maladie s'éteindra d'elle-même. C'est déjà faire une grande concession aux mercurialistes, puisque le mercure est jugé indispensable toutes les fois que *l'éruption est forte*, mais cette concession est insuffisante, car les idées de M. Diday me semblent se contredire entre elles.

Je ne comprends guère, en effet, comment il faut s'abstenir de donner du mercure contre les plaques muqueuses et le chancre induré et pourquoi il faut en donner pour combattre une syphilide papuleuse ou pustuleuse.

Ce n'est pas la première fois dans cette discussion que l'on confond

l'action du médicament contre les manifestations et celle qu'il exerce sur la constitution.

M. Diday donne le mercure uniquement contre les manifestations de la syphilis ; il le donne contre les syphilides, jusqu'à disparition de cet accident, il ne l'administre pas quand il n'y a que des plaques muqueuses, parce qu'il ne suffit pas pour les faire disparaître. De ce que les plaques muqueuses résistent au traitement mercuriel, il conclut que le mercure est inutile dans cette période de la syphilis. Cette conclusion ne me paraît pas rigoureuse. Comment, en effet, le mercure agit-il quand on l'administre dans les syphilides ? Croyez-vous qu'il n'exerce son action que sur les manifestations cutanées ? Il me semble bien plus rationnel d'admettre que c'est en atténuant le virus, en l'endormant seulement, si vous voulez, mais en agissant toujours sur lui et en le rendant incapable de se manifester. S'il était prouvé qu'il ne suffit pas pour faire disparaître les plaques muqueuses, ce ne serait pas une raison pour ne pas y avoir recours dans le but de prévenir le développement de nouveaux accidents. Mais de nombreuses observations m'autorisent à soutenir que les plaques muqueuses superficielles cèdent à l'action du mercure comme les autres syphilides.

M. Diday pense que le mercure agit directement contre les manifestations ; nous croyons, au contraire, qu'il n'a d'action sur elles qu'indirectement en combattant leur cause. Notre collègue croit que la syphilis est incurable, nous pensons, au contraire, que, s'il est des affections réfractaires au traitement, la plupart cessent de se manifester quand elles ont été combattues par des moyens suffisamment longs et énergiques. Nous pensons même que la syphilis est une maladie qui s'éteint pour ne plus revenir. M. Diday lui-même partage cette opinion. Puisqu'il admet des véroles à divers degrés, pour quoi n'en admettrait-il pas d'assez faibles pour ne pas résister au mercure dont il reconnaît l'efficacité contre les manifestations syphilitiques ?

M. Ricord a bien dit qu'on ne guérit pas de la vérole, mais c'est l'expression d'un découragement momentané, car cette opinion est en flagrante contradiction avec ce fait aujourd'hui incontestable que l'on a deux fois la vérole. Nous avons, en effet, presque tous vu un nouveau chancre induré chez un individu ayant eu antérieurement la vérole. Or, tant qu'il y a des manifestations syphilitiques, la production d'un chancre infectant étant impossible, nous sommes autorisés à soutenir qu'on est guéri d'une première vérole, quand on est apte à contracter un nouveau chancre.

On veut que le mercure ne soit propre qu'à combattre les manifestations syphilitiques; mais sur quoi se fonde-t-on pour soutenir cette opinion? Est-ce que la saignée qui fait cesser les manifestations de la pneumonie, n'a pas agi contre l'inflammation du poumon? Est-ce que l'huile de foie de morue à haute dose, aidée des moyens reconstituants employés contre la scrofule, agit seulement contre les ganglions tuméfiés? est-ce que le principe du mal n'est pas attaqué? La scrofule, elle aussi, a été considérée comme incurable, mais elle a ses degrés comme la syphilis et personne ne niera, je pense, qu'il y a des scrofuleux qui guérissent. N'est-ce pas, en effet, une manifestation scrofuleuse que les ganglions suppurés dont nous voyons les traces indélébiles chez des gens qui vieillissent et meurent sans avoir eu d'autre accident que ceux pour lesquels ils ont été traités dans leur enfance?

Ne disons donc pas que la syphilis est incurable; elle guérit, mais après un traitement long, beaucoup plus long qu'on ne le dit généralement. Un de nos collègues a cru avoir trouvé une arme terrible contre les partisans du mercure; il a vu avec des accidents syphilitiques des malades qui avaient subi précédemment un traitement mercuriel et il en a cité quelques-uns. J'aurais compris cette attaque, si nous lui avions dit que nous ne nous séparons jamais d'un malade qu'après l'avoir guéri, mais il apprendra plus tard les exigences d'un service d'hôpital où il faut de la place pour les grands accidents; il sait déjà que les syphilitiques ne sont pas toujours faciles à retenir même lorsqu'on a un cachot pour se faire obéir; pour moi qui n'ai jamais eu recours à ce dur moyen pendant les quatre années que j'ai passées à l'hôpital de Lourcine, je n'oserais pas dire que j'ai guéri, complètement et pour toujours guéri une malade de cet hôpital, il faut bien d'autres soins pour venir à bout de cette cruelle maladie; il faut donner le mercure pendant plusieurs mois; laisser le malade se reposer, recommencer le traitement, le cesser et le reprendre encore, en étudiant de la manière la plus attentive l'action du mercure, sur l'estomac, sur les intestins; en tenant compte de l'appétit du malade, de son sommeil, de ses forces et du temps plus ou moins long qui s'est écoulé depuis les dernières manifestations de la syphilis.

Ce traitement auquel j'ai recours est très-différent de celui que M. Diday a adopté depuis qu'il a reconnu l'insuffisance de l'expectation et du régime hygiéno-reconstituant, et pourtant il s'en rapproche un peu par le repos accordé aux malades. Notre collègue ne donne le mercure que pendant huit ou dix jours, mais il y revient chaque fois

qu'il y a de nouvelles manifestations. S'il ne poursuit pas la maladie avec persévérance, quand elle paraît céder, c'est qu'il n'a pas comme moi l'espoir de la vaincre pour toujours. La longueur du traitement auquel il faut soumettre les malades pour triompher de la syphilis m'a fait un peu modifier mes idées sur l'administration du mercure. C'est toujours un protoiodure mêlé à l'opium, que je donne la préférence, mais il n'est pas douteux qu'à la longue, ce médicament, comme tous les autres, fatigue l'estomac de certains malades et que dans ces cas il doit être remplacé par d'autres préparations. Je me suis servi avec grand avantage, des fumigations de cinabre que je n'avais pas employées à l'hôpital de Lourcine, mais seulement comme adjuvant, pour laisser à l'estomac le temps de se reposer.

Je pense comme autrefois, que le traitement externe ne peut pas être suivi longtemps sans qu'il y ait salivation, maladie des gencives et des dents. Un de nos collègues nous a beaucoup vanté les frictions; telles qu'il les fait, elles se rapprochent assez des frictions *fortes*, vantées autrefois, elles en diffèrent pourtant en ce que les malades ne sont pas préalablement saignés. Je ne vois pas grand inconvénient à ce que quelques grammes de pommade mercurielle soient employés en friction, mais ce traitement sera nécessairement de courte durée et sera toujours insuffisant pour attaquer la maladie dans son essence, si on n'y a recours que pendant quelques jours. Il n'est pas étonnant que du mercure employé à dose suffisante pour produire la salivation ait une efficacité réelle contre les accidents syphilitiques, il y a longtemps déjà que M. Ricord a formulé d'une manière très-précise une loi thérapeutique qui rend compte de ce résultat que Béranger de Carpi, qui vivait à la fin du dix-septième siècle, connaissait aussi bien que nous. *Les effets du mercure*, dit M. Ricord, *sont d'autant plus efficaces qu'on peut en faire prendre des doses plus fortes en des temps plus courts.*

Mais il ne faut pas que ces doses vous mettent dans l'impossibilité de continuer et de reprendre le traitement aussi longtemps et aussi souvent que la maladie l'exige. Or, il résulte des chiffres que M. Panas nous a donnés, que la salivation arrive de la douzième à la treizième friction; qu'elle a eu lieu chez la moitié des malades environ et qu'elle a obligé à suspendre le traitement pendant un temps qui a varié de dix à vingt-cinq jours, il a oublié de nous dire combien de temps les frictions ont été faites, après le premier repos, et son expérience ne lui permet pas de savoir combien il y aura de rechutes après un ou deux traitements par les frictions mercurielles. Si on avait la chance de se guérir après deux ou trois séries de frictions, c'est-à-dire après

avoir salivé à deux ou trois reprises, on aurait déjà de belles chances pour ne pas garder ses dents bien longtemps, mais si, tous les six mois ou tous les ans, il faut recommencer à saliver, les incisives, les canines, les petites et les grosses molaires y passeront toutes sans exception. M. Panas est tellement épris des frictions mercurielles qu'il paraît porté à croire que le mercure administré intérieurement a fort peu d'efficacité; or, M. Diday qui emploie les frictions et qui administre en même temps du protoiodure comme tout le monde, fait disparaître en huit ou dix jours les accidents pour lesquels il faut à M. Panas vingt-six jours de traitement et vingt-six frictions.

Si le traitement intérieur est plus long, il est mieux toléré et c'est son grand avantage; quand la tolérance ne s'établit pas du côté de l'estomac, quand malgré l'opium, auquel on l'associe, il survient des troubles de l'intestin, il faut bien avoir recours aux frictions et aux fumigations mercurielles, mais le traitement externe doit, à mon avis, être réservé pour ces cas.

Un de nos collègues, répondant à M. Depaul, m'a fait dire en citant un passage de mes leçons, sur les organes génitaux de la femme, que le mercure est dangereux pour les femmes enceintes. Je n'ai pas dit cela et je crois même avoir dit le contraire. J'ai fait une distinction entre la dose que supporte une femme dans l'état de parturition et celle que tolère un autre individu. J'avais d'abord pensé que l'enfant conçu par une femme syphilitique court de grands risques de succomber à la vérole, il fallait se presser de traiter la mère et pour aller plus vite, j'avais cru qu'il fallait des doses fortes de mercure. Les trois observations rappelées par M. Després m'ont prouvé que dix centigrammes de protoiodure de mercure administrés à la mère, pendant moins d'un mois, suffisent pour causer la mort de l'enfant, tandis que cinq centigrammes guérissent la mère et font vivre l'enfant.

Si l'on oublie la dernière proposition, on donne à la première (celle que l'on vous a citée), un sens qu'elle n'a jamais eu pour moi.

Je viens de parler des doses que les malades peuvent supporter; permettez-moi d'insister sur ce sujet. M. Diday nous a dit qu'il donne à ses malades 10 ou 15 centigrammes de protoiodure de mercure en même temps qu'il les soumet aux frictions mercurielles. Je doute que l'on puisse continuer longtemps ce traitement; notre collègue le cesse au bout de 8 ou 10 jours.

Au bout de ce temps, il a fait absorber à ses malades autant de mercure que s'il les avait soumis pendant un mois à une dose trois fois moindre, et il doit avoir un meilleur résultat, puisque les effets sont d'autant plus efficaces que les doses sont plus fortes dans des

temps plus courts. La question serait jugée en faveur des grandes doses du mercure donné à l'intérieur et des frictions mercurielles, si le traitement par des doses faibles données deux, trois ou quatre fois plus longtemps pouvaient donner le résultat que l'on recherche, c'est-à-dire prévenir de nouvelles manifestations; mais il n'en est rien : ni les frictions, ni les hautes doses administrées intérieurement, ni trois, quatre et cinq mois de traitement par des doses faibles, ne mettent à l'abri de ce que l'on a appelé ici des récidives. C'est pour cela que je donne la préférence, d'une manière générale, à la méthode par extinction, qui permet de poursuivre la maladie aussi longtemps que cela est nécessaire, sans provoquer les accidents auxquels donne lieu infailliblement le traitement que l'on pourrait appeler à *grande vitesse*.

Il me reste à parler de la période qui précède les éruptions. On vous a dit d'abord que donner le mercure avant l'apparition de la roséole et des plaques muqueuses, c'était faire un traitement *préventif*. On n'avait pas assez réfléchi que lorsque le chancre infectant apparaît, l'économie est imprégnée du virus syphilitique comme elle l'est du virus varioleux, quand le premier bouton de variole se produit. On en était resté à l'histoire de la syphilis d'il y a 20 ans, alors que la distinction entre les deux chancres n'avait pas encore été faite. Aujourd'hui, presque tout le monde admet que la vérole existe dès que le chancre infectant a commencé son évolution. Si nous avons besoin qu'il ait subi un certain développement pour le reconnaître, il n'en est pas de même de l'économie du malade qui en ressent les effets pendant l'incubation, avant que la maladie se traduise d'une manière appréciable pour le médecin.

Si la maladie existe dès que le chancre paraît, pourquoi ne pas la combattre dès qu'on en a reconnu la nature ? M. Diday seul est conséquent, quand il ne donne pas de mercure à cette période de la syphilis, car il va plus loin, il soutient que ce médicament est sans effet, même sur les plaques muqueuses.

M. Panas qui, comme M. Diday, emploie les frictions mercurielles, a pourtant été converti à cette méthode par la promptitude avec laquelle il l'a vue triompher de cet accident; mais n'opposons pas les résultats de M. Panas à ceux de M. Diday, et examinons froidement, sérieusement, cette opinion qui veut qu'on attende, après le chancre, de nouveaux accidents pour commencer le traitement.

On a comparé la syphilis à la scrofule parce que l'une et l'autre pénètrent l'économie tout entière pour un temps indéfini. Eh bien ! attend-on, pour traiter la scrofule, que les os soient malades ? Il

suffit que les ganglions, par leur développement, indiquent le vice de la constitution, pour que l'on s'efforce d'y porter remède. Y a-t-il dans le cadre nosologique une affection que l'on ne combatte qu'après l'évolution de plusieurs de ses périodes?

De toutes les raisons alléguées par M. Diday, la meilleure à mon sens, serait que M. Ricord se fût converti à cette manière de voir, mais notre collègue de Lyon s'est fait illusion et il a prêté au maître une opinion toute différente de celle que nous trouvons dans les publications les plus récentes :

« Pour moi, dit M. Ricord dans ses leçons sur le chancre, l'induration est le commencement de la diathèse ; le chancre induré n'est en quelque sorte que le premier des accidents secondaires. Eh bien ! dans cette opinion, je dois administrer et j'administre en effet le mercure, *dès le début*. Une induration bien nettement formulée me suffit pour prescrire le traitement général, et du premier jour où je puis le constater, j'attaque de front la diathèse. »

M. Ricord diffère bien parfois le traitement quand il se trouve en présence d'un chancre, mais c'est qu'alors il n'est pas sûr de la nature de l'ulcération. Il attend alors, mais son expectation cesse, dès qu'il est sûr d'avoir affaire à la vérole.

Je suis allé plus loin ; j'ai souvent remarqué que la violence des accidents est en raison directe du temps qui s'est écoulé entre l'infection et le commencement du traitement. En donnant le mercure au début, c'est-à-dire au moment où le chancre infectant est reconnaissable, on mitige les accidents, on produit une vérole faible ; en attendant, on laisse se produire une vérole forte, suivant des expressions qui paraissent devoir s'introduire dans l'histoire de la syphilis.

Lorsque la Société de chirurgie me chargea, avec M. Cullerier, de suivre les expériences de M. Lukomski, qui prétendait guérir la syphilis, non avec un système reconstituant, ni avec le chromate de potasse, mais en inoculant le virus vaccin, je fus obligé de laisser les malades sans autre traitement que la vaccination, et je vis alors des choses que je n'avais pas l'habitude de voir chez les femmes qui habitaient l'hôpital depuis quelques jours. Je vis des plaques muqueuses couvrir la voûte palatine tout entière et des roséoles d'une intensité telle, que je crus devoir cesser les vaccinations et commencer le traitement mercuriel.

M. Diday n'a pas toujours nié que l'administration du mercure dans la période du chancre eût de l'influence sur les accidents ultérieurs ; il dit au contraire qu'elle en retarde l'apparition. On lit en effet, dans son *Exposition des nouvelles doctrines sur la syphilis*, p. 298 :

« La syphilis constitutionnelle apparaissant dès le 25^e jour, et cela malgré l'influence retardatrice (reconnue de tous et si irrécusablement constatée par la statistique de M. Bassereau) du mercure donné presque dès le début du chancre..... »

Que dirai-je de plus ? Le mercure, qui retarde l'apparition des syphilides, est-il donc sans action contre la vérole dans la période du chancre ? S'il retarde les syphilides, comment osez-vous dire qu'il ne les atténue pas ? Quand, après l'administration du mercure contre le chancre infectant, on voit une syphilide légère, on dit que l'on a eu affaire à une *vérole faible* et on croit avoir une explication suffisante. Il y a longtemps que l'on a imaginé ces virus forts et ces virus faibles : en 1852, M. Bassereau, en parlant du nombre des frictions que l'on croyait devoir employer pour guérir la vérole, disait déjà : Il y avait des virus forts, des virus faibles et des virus de force moyenne. — Si l'on admet des degrés dans la force du virus, il faut prendre garde qu'elle ne nuise au contrôle sévère de la thérapeutique rationnelle.

On m'a fait dire que la pratique des médecins qui attendent les manifestations dites, autrefois, secondaires, est celle des ignorants. Je n'ai pas dit cela, et craignant que ma pensée ne fût mal interprétée, je l'avais déjà expliquée. Je peux être vif parfois, j'ai toujours l'intention de respecter l'opinion de mes collègues. J'ai dit que cette manière de voir sera t commode pour les ignorants, parce qu'il deviendrait inutile de savoir distinguer les chancres infectants de ceux qui ne le sont pas, le traitement général devant être réservé pour l'époque où se produisent les éruptions cutanées.

Pour moi qui professe que l'on ne peut pas commencer le traitement trop tôt, vous comprenez de quelle importance il est de pouvoir dire, dès qu'un chancre apparaît, s'il est l'indice de l'infection syphilitique.

Je prie ceux de mes collègues qui se plaignent de l'inefficacité du traitement mercuriel contre les syphilides de vouloir bien administrer le mercure à dose suffisante au début de la première manifestation de la syphilis, et j'espère qu'ils adopteront le traitement que je crois le meilleur.

Je vous demande la permission, en finissant, de rapprocher deux opinions de celui de nos collègues qui s'est cru le plus autorisé dans la question qui nous occupe : il a professé autrefois que le mercure doit être banni du traitement de la syphilis ; quelques-uns d'entre nous le croyaient encore antimercurealiste, et M. Després, pensant n'être que son auxiliaire, invoquait son opinion et sa longue expérience, qui lui semblaient militer irrévocablement contre nous. Eh bien, vous l'avez

entendu, dans la dernière séance, menacer des dernières rigueurs les médecins qui s'abstiendraient de donner du mercure aux femmes enceintes. Assurément, nous n'irons pas si loin. Un médecin ne relève à nos yeux que de sa conscience ; quand il croit faire bien, on peut le plaindre s'il se trompe, plaindre encore plus ses malades ; mais personne n'a le droit de l'accuser quand le mal qu'il fait ne provient ni d'une intention coupable, ni d'un défaut d'instruction.

Cette longue discussion sur le traitement de la syphilis n'a pu que confirmer dans leur croyance ceux d'entre nous qui croient à l'efficacité du mercure. Si quelqu'un doutait encore de cette efficacité, je rappellerais les résultats du traitement de la syphilis des nouveau-nés par les bains de sublimé. Vous savez, messieurs, que, dans ce cas, quelques-uns de ces bains suffisent pour guérir les plaques muqueuses, quelque nombreuses et quelque larges qu'elles soient. Je sais bien que l'on peut objecter que c'est un traitement purement local, puisque jamais il ne donne lieu à la salivation et aux autres accidents de la bouche que le mercure produit ordinairement ; mais les enfants nouveau-nés sont dans des conditions particulières pour ne pas avoir de gingivite, et l'expérience de plusieurs années m'a démontré que les enfants traités par cette méthode ne sont pas seulement guéris promptement des manifestations syphilitiques ; j'en connais qui sont arrivés à huit ans et qui, depuis le traitement par les bains de sublimé, n'ont pas encore eu d'autres accidents et jouissent d'une magnifique santé.

Malheureusement, on n'obtient pas les mêmes résultats pour les adultes. J'ai tenté le même moyen pour les femmes de Lourcine, et 40 grammes de sublimé dans un bain ordinaire ne suffisent pas pour guérir les manifestations plus vite que par le traitement interne. J'avoue que, pour les adultes, j'ai été trop timide dans l'emploi de ce moyen. Je craignais qu'une trop forte dose de sublimé venant à être absorbée, il y eût des accidents graves du côté de la bouche. J'ai eu pour les bains de sublimé les mêmes craintes que pour les frictions, et je me suis abstenu d'avoir recours d'une manière générale à ces deux moyens, parce que je crois que le traitement interne bien institué, en tenant compte de l'état des organes du malade, suffit dans l'immense majorité des cas et peut-être institué d'une manière plus rigoureuse.

M. DESPRÉS. J'entends M. Guérin déclarer qu'il a pu mettre jusqu'à quarante grammes de sublimé dans un bain sans que les malades en aient éprouvé aucun inconvénient.

Ceci fait voir combien est problématique l'action des mercuriaux

administrés au moyen des bains. Quant aux résultats obtenus chez les enfants, je suis convaincu qu'ils eussent été également produits par l'usage des topiques.

M. PANAS. Sans vouloir prolonger la discussion, je désire cependant relever certaines assertions qui se sont produites. Je dirai sommairement à M. Després que je n'ai point présenté ici des observations de choix, mais que j'ai laissé de côté les faits qui, pour diverses raisons, étaient demeurés incomplets.

Relativement au discours de M. Diday, j'ai deux remarques à présenter. Notre confrère est beaucoup plus mercurialiste que ne le faisaient supposer ses publications. C'est avec raison qu'il a contesté l'action du mercure pour faire disparaître certaines plaques muqueuses. J'ai moi-même remarqué que les frictions agissent assez mal contre les plaques muqueuses des amygdales.

Enfin, je dirai à M. Guérin que la salivation peut être évitée si l'on emploie les frictions avec prudence. Ce mode d'administration du mercure a le double avantage d'agir rapidement et de ne pas provoquer de troubles digestifs.

Chez les enfants, il est presque impossible d'employer les préparations mercurielles, mais heureusement les frictions guérissent les petits malades sans jamais provoquer la stomatite.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. Liégeois soumet à l'examen de la Société un sujet atteint d'une hypertrophie générale du système osseux.

PRÉSENTATION DE PIÈCES ANATOMIQUES.

M. Marjolin présente: 1° une pièce de fractures multiples des os du bassin; 2° une pièce de fractures de la partie supérieure du corps du fémur.

Fractures multiples des os du bassin avec luxation du sacrum sur l'os iliaque gauche; déchirure du canal de l'urètre, chez un enfant de 10 ans.

L'enfant qui est le sujet de cette observation est un de ces malheureux petits Italiens amenés à Paris par des individus qui ne sont pas leurs parents et qui les laissent errer toute la journée, souvent des

l'âge de 3 ou 4 ans. Il était monté avec deux de ses camarades derrière un camion lourdement chargé, lorsqu'il tomba, et une des roues lui passa sur le corps. Amené très-peu après à l'hôpital, je le trouvai dans l'état suivant : visage pâle, exprimant les plus grandes souffrances, extrémités froides, pouls à peine sensible. La connaissance était intacte ; on commença par chercher à le réchauffer et à le ranimer, en lui faisant prendre un peu d'eau sucrée chaude et de rhum.

D'après la direction des blessures, qui suivaient une sorte de diagonale, commençant à la jambe droite et finissant à la jambe gauche, il était probable que la voiture avait passé en biais sur le corps.

Toute la partie interne de la jambe droite n'était qu'une large plaie contuse, les os n'étaient pas fracturés. Au pli de l'aîne et à la partie supérieure et interne de la cuisse gauche existait une autre plaie contuse. Le périnée était également contus, présentant une tumeur fluctuante. L'introduction d'une sonde dans la vessie fut impossible. Comme l'enfant était tourmenté par une envie incessante d'uriner, je pratiquai, sur le point le plus saillant du périnée, sur la ligne médiane, une ponction avec une lancette ; il s'écoula du sang en assez grande quantité, et le malade parut un peu soulagé ; mais cet adoucissement à ses souffrances fut de courte durée, et il succomba quelques instants après.

Bien que pendant la vie je n'eusse pas trouvé de mobilité de l'os du bassin, je pensai, d'après la cause de l'accident, qu'il devait y avoir fracture de l'os du bassin, avec déchirure de l'urètre, et très-probablement hémorrhagie interne. L'autopsie vérifia ce que j'avais avancé.

Des deux côtés, les branches horizontales et descendantes du pubis étaient fracturées, la symphyse pubienne rompue ; enfin, en arrière, il y avait eu un arrachement de la symphyse sacro-iliaque gauche, et le sacrum porté en avant offrait un exemple de luxation sur l'os iliaque gauche. L'urètre était déchiré, et une assez grande quantité de sang était épanché dans le petit bassin et dans le périnée. Sur quelques points l'os iliaque gauche présentait plusieurs fêlures.

Fracture du fémur avec pénétration du fragment inférieur dans le col. — Varioloïde contractée dans la salle. — Mort.

Le 2 mai 1867, on amena à l'hôpital Sainte-Eugénie un enfant de 2 ans 1/2, tombé d'un quatrième étage dans la rue. Sur le moment,

il y eut un peu de commotion, mais elle ne fut pas de longue durée. M. Saison, interne du service, reconnu en l'examinant une crépitation assez marquée, tout à fait au niveau de l'articulation coxo-fémorale. Le lendemain, à la visite, le gonflement était tel que je ne pus retrouver ce signe; l'enfant remuait assez facilement la cuisse. Pour le moment, le membre inférieur fut immobilisé, et des cataplasmes froids furent maintenus en permanence sur la hanche. Les jours suivants, lorsque le gonflement fut diminué, je reconnus facilement la crépitation et une mobilité anormale; il n'y avait, du reste, plus de déformation de la cuisse, ni de raccourcissement, ni de position anormale. D'après la hauteur de la chute, je pensais qu'il pouvait exister un écrasement de la tête ou du col du fémur.

L'enfant, malgré la gravité de l'accident, était dans les meilleures conditions; aucun symptôme cérébral n'était survenu, et il n'y avait eu aucun accident annonçant une lésion interne. Tout semblait donc devoir présager une heureuse terminaison, lorsque, le 22 mai, il fut atteint, comme plusieurs de ses petits voisins, de la varioloïde qui régnait dans la salle. Cette affection, dont nous n'avions pu le garantir, n'ayant encore, depuis 14 ans, aucune salle d'isolement dans l'hôpital, amena des changements très-notables dans son état général: il allait cependant un peu mieux lorsqu'il survint, le 27 mai, une nouvelle complication: la scarlatine. A dater de ce moment, il tomba dans un état d'affaïssement des plus marqués, une large escarre se fit au sacrum et l'enfant succomba épuisé.

A l'ouverture, on constate une fracture du fémur gauche tout à fait à son extrémité supérieure, la capsule articulaire est intacte. Le fragment inférieur est taillé en biseau, son extrémité libre repose en haut et en arrière dans une excavation creusée en partie au dépens de la face inférieure et antérieure du col, et un peu au-dessous du grand trochanter. En examinant la forme de la cavité et la configuration du fragment inférieur, on comprend qu'il y a eu une sorte de pénétration.

Malgré l'époque éloignée de l'accident (trente-huit jours), il n'y avait aucune consolidation; seulement tout autour de la cavité accidentelle, existait un bourrelet osseux inégal. Le sommet du fragment inférieur était environné, surtout en arrière et en dehors, dans l'étendue de plus de trois centimètres, de végétations osseuses. Quelle a été la cause du retard de la consolidation? Il y a eu plusieurs causes.

L'enfant était un peu rachitique, les changements journaliers d'appareils pour le tenir propre le siège et la configuration de la frac-

ture, enfin les accidents survenus dans les vingt derniers jours, sont autant de raisons que l'on peut invoquer comme ayant retardé la formation du cal, et pouvant donner lieu plus tard à une pseudarthrose.

J'ajouterai que dans ces chutes par les fenêtres, que nous avons très-souvent occasion d'observer chez les enfants, les lésions que nous avons le plus habituellement observées, sont des lésions du crâne, des fractures plus ou moins graves des membres : mais jamais, comme chez les adultes, nous n'avons rencontré des déchirures des principaux organes contenus dans les cavités thoraciques ou abdominales, et suivies d'hémorragies internes.

La séance est levée à 5 heures et demie.

SÉANCE DU 26 JUIN 1867.

Présidence de M. LEGOUÉST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

A l'occasion du procès-verbal, M. Houel réclame relativement à une inexactitude qui s'est glissée dans une observation rapportée par M. Després dans son discours du 6 juin. Il s'agit d'une malade qui était entrée à l'hôpital des Cliniques, dans le service de M. Nélaton, pour une affection syphilitique.

M. Després dit que M. Houel, « après avoir donné du mercure à cette malade, s'en est lassé. » La vérité est que M. Houel n'a donné au plus à cette femme que 20 pilules de proto-iodure de mercure, et que comme la femme se refusait à les prendre, il l'a renvoyée de l'hôpital.

M. DESPRÉS. M. Houel m'a interrompu deux fois à l'occasion de cette malade. Comme l'interruption n'a pas été mentionnée au procès-verbal, au lieu de : M. Houel a échoué avec le mercure, il a fallu mettre M. Houel s'est lassé de donner du mercure, puisqu'il a dit qu'il n'en avait donné que pendant quelque temps.

CORRESPONDANCE.

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux de la semaine ;

Une série de brochures adressées par le docteur Gritti Rouo, chirurgien de l'hôpital de Milan. En voici les titres :

— Dell' Ottalmoscopio e delle malattie and-oculari per esso riconoscibili.

— Stafiloma parziale della cornea guarito col metodo della legatura parziale.

Tavola nosologica statistica e terapeutica per uso degli ospedali militari in tempo di guerra.

La medicazione solfatica.

Delle fratture del femore par arma de fuoco, etc.

Morte istantanea per embolismo del arteria polmonale (Commission : MM. Panas, Foucher et Tillaux).

LECTURE.

M. GUÉNIOT lit un travail ayant pour titre : *De l'acupuncture considérée comme moyen de diagnostic différentiel entre certains polypes fibreux de la matrice et le renversement partiel de cet organe.* (Commissaires : MM. Trélat, Blot et Guyon.)

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS.

M. LE FORT.

Notre discussion sur l'utilité des mercuriaux dans le traitement de la syphilis touche bientôt à son terme et nous ne saurions nous dissimuler qu'elle a excité dans le public médical un intérêt, qui impose à chacun de nous le devoir d'apporter, dans l'étude de cette importante question, le contingent de son expérience, quelque limitée qu'elle puisse être. Chirurgien de l'hôpital du Midi, chargé, depuis dix-huit mois, d'un service public de vénériens, je ne crois pas pouvoir garder le silence et m'abstenir, alors que des tentatives de traitement par l'expectation, tentatives poursuivies pendant deux mois et dont j'avais demandé à la Société de Chirurgie de vouloir bien vérifier et contrôler les résultats, sont venues confirmer davantage encore, dans mon esprit, mon opinion sur l'utilité des mercuriaux dans le traitement de certaines formes de la syphilis.

Un de nos membres correspondants, dont j'ai écouté avec le plus vif intérêt et un grand plaisir la parole élégante, facile et pleinement autorisée, M. Diday (de Lyon), a cru pouvoir nous diviser en deux camps : les mercurialistes et les antimercurialistes. Les forces, sinon la vaillance, seraient dans ce cas fort inégalement réparties, car je ne trouve guère jusqu'à présent, comme ennemis absolus du mercure, que M. Dolbeau dans son rapport, imprimé dans nos bulletins officiels, et M. Després, dans ses discours, sinon dans sa pratique.

Pour ma part, je considérerais comme un danger public cette croisade entreprise contre les mercuriaux, s'il n'était pas, heureusement, assez facile de montrer que cette révolution qu'on nous annonçait, n'est, tout au plus, suivant le mot spirituel de M. Ricord, qu'une simple émeute.

Déjà, dans nos précédentes séances, plusieurs d'entre vous ont réduit à leurs justes proportions, les prétentions du traitement tonique et réparateur; je laisserai donc de côté l'examen des opinions émises par notre collègue M. Després, me bornant à examiner celles que renferme le rapport de M. Dolbeau, car c'est avant tout ce rapport qui est en discussion.

Le travail de M. de Saint-Germain n'avait pas trait directement au traitement de la syphilis; notre nouveau collègue s'était borné à analyser et à résumer nos connaissances sur l'érosion chancreuse, en les confirmant par ses propres observations; ce n'était qu'incidence-ment qu'il soulevait la question de savoir s'il n'y avait pas utilité à commencer le traitement mercuriel aussitôt après la constatation de l'érosion chancreuse et sans attendre l'apparition des accidents cutanés, dits accidents secondaires. Rien ne forçait M. Dolbeau à soulever la grave discussion qui continue parmi nous; mais il a cru devoir profiter de cette circonstance pour vous soumettre loyalement ses opinions à l'égard du mercure. Je ne saurais l'en blâmer, bien au contraire; mais cette spontanéité même me donne le droit d'exiger une réunion de preuves scientifiques et une rigueur d'observation bien autrement grande que dans les cas où les devoirs qui incombent à tous les rapporteurs, les forcent à donner leur opinion sur la portée d'une question soulevée, non par eux-mêmes, mais par le travail dont ils ont à apprécier la valeur.

Le rapport de M. Dolbeau semble surtout destiné à démontrer trois propositions principales : abstention de tout traitement général avant l'apparition des accidents secondaires; inutilité des mercuriaux après l'apparition de ces accidents; action héroïque de l'iodure de potassium dans les accidents tertiaires.

A une époque encore peu éloignée de nous, alors qu'on ne savait pas reconnaître le chancre infectant du chancre non infectant, il paraissait utile de s'abstenir de tout traitement général jusqu'au jour où l'on se trouvait en possession du véritable critérium, de la pierre de touche qui faisait juger de la nature réelle de l'accident primitif; on attendait la roséole avant de donner le mercure à l'intérieur, car les médecins, non sans raison peut-être, aimaient mieux, dans le doute, ne pas donner de suite des préparations mercurielles à quel-

ques malades qui en auraient eu besoin, plutôt que de les donner sans utilité à un grand nombre de vénériens non syphilitiques.

Aujourd'hui, Messieurs, les choses sont bien différentes. Les cas où le diagnostic entre le chancre mou et le chancre infectant est difficile ou douteux, sont, chez l'homme au moins, tout à fait exceptionnels, et, dans ces cas, l'auto-inoculation lève à peu près constamment toute incertitude. Nous savons donc toujours ou presque toujours, dans les deux ou trois premiers jours de l'arrivée du malade, si nous avons affaire à un chancre simple ou à un ulcère syphilitique.

Ces éléments d'appréciation et de diagnostic, M. Dolbeau, très au courant de la pratique syphiliographique, les possède comme nous : ce n'est donc plus par suite de l'incertitude du diagnostic, mais pour des motifs tout différents qu'il tient à s'abstenir. « Quelques syphiliographes, dit M. Dolbeau, ont bien avancé que le traitement préventif avait pour résultat d'atténuer en quelque sorte les manifestations de la vérole; c'est là une hypothèse qu'il faudrait appuyer sur des preuves : une simple assertion me paraît insuffisante alors qu'il est bien démontré qu'il y a vérole forte et vérole faible, tout cela en dehors de l'influence salutaire des préparations de mercure. »

On ne peut mieux dire, et notre collègue me trouvera toujours de son côté, quand il demandera des preuves scientifiques à la place d'hypothèses; mais où sont les preuves scientifiques à l'appui de cette hypothèse qu'il avance à son tour comme une vérité démontrée quand il dit : « Le mercure n'empêche pas le développement des accidents syphilitiques, il trouble, il pervertit l'évolution naturelle de la diathèse. L'expectation ne porte aucun préjudice aux malades, le traitement préventif ne les met pas à l'abri des accidents; il les retarde, il les modifie, dit-on. Par conséquent, le traitement préventif ne peut avoir d'autres résultats que de nous induire en erreur. »

Les preuves scientifiques irréfutables manquent de part et d'autre, aussi bien du côté de ceux qui, comme M. Dolbeau et la plupart de nos syphiliographes les plus autorisés, ne commencent le traitement qu'après l'apparition des accidents secondaires et ceux, beaucoup moins nombreux, qui donnent les mercuriaux dès que la nature syphilitique de l'accident local a été constatée; je suis de ces derniers, et, si je n'ai pas la certitude, j'ai la conviction de l'utilité qu'il y a à commencer de bonne heure le traitement spécifique.

Je voudrais pouvoir appuyer mon opinion d'observations rigoureuses : mais, outre que je n'ai pu encore, depuis deux mois, terminer le classement et le relèvement des 5,800 observations que j'ai prises presque toutes moi-même depuis dix-huit mois à l'hôpital du Midi

vous savez, pour avoir passé presque tous par les hôpitaux spéciaux, combien y sont rares les observations complètes, concluantes, et vous savez aussi que les erreurs de diagnostic étant toujours admissibles, l'apparition tardive des accidents assez fréquente, et l'absence même de tout accident secondaire toujours possible, on reste souvent dans le doute sur le point de savoir s'il faut attribuer au médicament, à la nature, à la marche du mal, aux idiosyncrasies individuelles, les modifications survenues dans l'apparition des phénomènes consécutifs à l'accident syphilitique local.

Quoi qu'il en soit, je m'abstenais d'abord, à l'exemple de nos maîtres en syphiliographie, de donner le mercure aussitôt après la constatation de l'existence du chancre infectant; j'observais généralement alors l'apparition de la fièvre syphilitique, de la roséole, de l'impétigo dans les limites de temps ordinaire; mais bientôt, comme tant d'autres, je me suis demandé quelles raisons pouvaient empêcher de commencer de suite le traitement spécifique, ceux qui précisément regardent l'induration du chancre comme le premier signe d'intoxication syphilitique, comme le premier accident secondaire. Les raisons données, et je reviendrai tout à l'heure sur l'une d'elles, ne m'ont pas paru convaincantes; depuis un an j'ai changé de pratique. Lorsqu'un malade est atteint d'un chancre qui me paraît infectant, lorsque par l'auto-inoculation, opération absolument innocente à la condition de pratiquer sur le ventre dans la région de l'ombilic, je me suis assuré de sa nature, je donne aussitôt la liqueur de Van-Svieten; plusieurs fois les accidents secondaires ont manqué chez des malades que j'ai pu suivre pendant trois ou quatre mois et j'ai la conviction très-nette que le traitement spécifique (non point préventif, comme on le dit à tort, puisque l'empoisonnement syphilitique existe déjà commencé ainsi), dès qu'il n'y a plus doute sur le diagnostic, a une influence heureuse et très-marquée sur l'intensité des accidents généraux et locaux. L'avenir nous permettra, je l'espère, de baser nos convictions sur des preuves plus solides; mais, dès à présent, je crois que la doctrine de l'abstention jusqu'à l'apparition de la roséole, de la céphalée, etc., doit être soumise à révision et être de nouveau contrôlée. Rien ne prouve qu'un meilleur choix des médicaments, un meilleur mode d'administration des mercuriaux ne mettrait pas à peu près sûrement la majorité des malades à l'abri de l'évolution ultérieure des accidents syphilitiques.

Mais un autre motif a été invoqué à l'appui de l'abstention jusqu'au moment de l'apparition des phénomènes secondaires, et ici je reviens au rapport de M. Dolbeau : « J'aime à voir, dit-il, le développement naturel de l'infection, j'aime à baser le pronostic de la

» syphilis, surtout sur la forme et la nature des accidents secondaires. »

Je doute fort que le malade partage sur ce point les goûts de notre collègue et je soupçonne fort les syphilitiques de préférer à un pronostic grave basé sur la constatation d'un cortège bien complet d'accidents secondaires, un traitement qui diminuerait la gravité du mal et de ses manifestations. Quelle peut être d'ailleurs l'utilité d'une pareille constatation, cette utilité est-elle si grande qu'il faille laisser se manifester des accidents graves pour voir « leur développement naturel ? »

Quand M. Dolbeau a constaté qu'il a affaire à une vérole forte, la guérit-il mieux, parce qu'il ne l'a pas troublée dans son développement, que nous ne la guérissons, nous qui cherchons par notre traitement à affaiblir la maladie ou du moins ses manifestations ? en aucune façon, car, loin de commencer alors un traitement actif, notre collègue, ennemi absolu du mercure dont il a abandonné l'emploi, se borne à attendre l'arrivée des accidents tertiaires.

« La syphilis abandonnée à elle-même, dit le rapport de M. Dolbeau, peut guérir ou arriver sans encombre jusqu'à la période tertiaire. Les individus traités par le mercure ne guérissent pas absolument de la vérole, ils ont des récives fréquentes et ils arrivent, comme les autres, à la période des gommès et des exostoses. Voilà les raisons pour lesquelles j'ai abandonné le traitement mercuriel. Pourquoi ne pas se contenter des topiques contre les manifestations primitives ou secondaires. On gagnerait ainsi la période ultime qui cède si manifestement à l'iode de potassium. »

Mon étonnement a été grand quand j'ai entendu cette phrase du rapport, et mon étonnement n'a pas diminué à la lecture.

Comment la syphilis abandonnée à elle-même peut arriver sans encombre à la période tertiaire ! N'est-ce donc pas un inconvénient, je dis plus, n'est-ce donc pas un malheur de porter, pendant des mois, des années, des plaques muqueuses au scrotum, à l'anus, aux lèvres ; d'être couvert de syphilides ; d'être, non pas seulement un objet de dégoût, mais encore un péril pour les autres ? Que fera le traitement héroïque par l'iode de potassium, quand une exostose intra-crânienne viendra frapper brusquement d'hémiplégie un malheureux syphilitique ; reformera-t-on avec l'iode de potassium les os du nez, ou la voûte palatine détruite par la syphilis ?

L'héroïsme de l'iode est une illusion ; vanter son efficacité fréquente, c'est rester dans la vérité des faits ; affirmer son efficacité constante et absolue, c'est être dans l'erreur, et si nos cinq collègues, qui ont constitué ce jour-là la majorité de la Société de chirurgie,

avaient accepté l'invitation que j'avais cru devoir faire à tous, de venir dans mon service constater les résultats, scientifiquement observés, de deux mois d'expectation dans le traitement de la syphilis, ils eussent pu voir en même temps deux malades : l'un mon pensionnaire depuis dix-huit mois, atteint brusquement, quelques jours après son entrée d'une hémiplegie complète avec aphasie, amélioré, mais non guéri, malgré un traitement très-énergique par l'iodure de potassium; l'autre, atteint d'une gomme ulcérée ayant perforé la voûte palatine, nullement amélioré par l'iodure et allant mieux au contraire depuis qu'il est soumis à un traitement mercuriel qui n'avait jamais été employé sur lui.

Poser en principe qu'il faut s'abstenir de traitement antisyphilitique pour ne pas troubler l'évolution naturelle de la syphilis, prétendre qu'il est préférable d'attendre l'apparition des accidents tertiaires est une doctrine que je réprouve hautement; affirmer que l'iodure de potassium est héroïque contre les accidents tertiaires, c'est soutenir sans preuves scientifiques suffisantes une opinion dont les faits de chaque jour dénotent l'inanité.

Cette abstention, que conseille avec tant de conviction le rapport de M. Dolbeau, n'est cependant pas tout à fait volontaire; elle paraît logiquement amenée chez lui par la certitude de l'impuissance du traitement antisyphilitique, c'est-à-dire du traitement mercuriel.

« Les sels mercuriels, dit le rapport, modifient l'évolution de la syphilis, la retardent peut-être, mais ne la guérissent jamais. » Quelles sont les preuves scientifiques à l'appui de cette opinion? c'est ce que je vais examiner.

« En 1865, alors que j'étais chirurgien de l'hôpital de Lourcine, j'avais sous ma direction deux salles de malades. Dans la première, toutes les femmes furent traitées par le bichromate de potasse *intus* et *extra*. Dans la seconde, on donnait la liqueur de Van-Swieten. Toutes les syphilitiques ont été débarrassées de leurs accidents, peut-être un peu plus lentement pour celles qui prenaient le bichromate de potasse... Il était désirable de savoir dans quelles proportions les récidives avaient lieu après l'usage du bichromate de potasse. A ce sujet, j'ai fait des recherches dont voici les résultats : 131 malades atteintes de syphilis ont été traitées dans mon service pendant l'année 1865; sur ce nombre, 80 ont pris le traitement mercuriel, et depuis, 44 de ces malades ont été admises pour des récidives; 44 récidives sur 80, c'est un peu plus de moitié. 51 femmes ont pris le bichromate de potasse, et sur ce nombre il y a eu 30 récidives.

» Pour bien apprécier ces faits, il faudrait tenir compte de la

» durée du traitement, ce qui est extrêmement variable, suivant les cas, je donne les chiffres tels que je les ai recueillis. »

Ici, Messieurs, nous sommes en présence d'une statistique, c'est-à-dire une des preuves qui ont le privilège de faire sur l'esprit une impression puissante, et cette preuve a d'autant plus d'importance qu'elle démontrerait, suivant le rapport qui semble basé sur elle, que les récidives sont aussi fréquentes après l'emploi du bichromate, c'est-à-dire de l'abstention, qu'après l'emploi des mercuriaux. Grand amateur de statistique, j'ai le malheur d'être difficile à leur égard et de croire que des chiffres rapprochés les uns des autres, ou mis les uns sous les autres, ne constituent pas ce qu'on peut appeler une statistique médicale. Comme le disait très-justement le rapport, « pour bien apprécier ces faits, il faudrait tenir compte de la durée du traitement; » c'est ce que j'ai cherché à faire par un travail personnel, puisque le rapport était muet sur ce point.

Il était possible, en effet, que des malades n'eussent fait à l'hôpital qu'un séjour trop court pour qu'on pût les regarder comme ayant subi un traitement mercuriel suffisant; leur rentrée pouvait avoir eu lieu à une époque trop rapprochée de leur sortie pour qu'on puisse les regarder comme atteintes d'une récidive de leur mal. J'ai demandé par écrit à l'administration, et j'ai obtenu l'autorisation de compulsier moi-même les registres des entrées à l'hôpital de Lourcine; j'ai dressé deux tableaux que je vous sou mets, comprenant les malades qui font le sujet de la statistique et soignées par notre collègue, les unes salle Saint-Bruno, les autres salle Saint-Alexis, du 1^{er} janvier au 1^{er} octobre 1865, et rentrées dans cet hôpital jusques et y compris le 13 février 1867, date de la lecture du rapport de M. Dolbeau.

Cette recherche fort longue et très-délicate, quoique facilitée par l'excellente tenue des registres, enlève toute valeur scientifique à la preuve statistique contenue dans le rapport.

Peut-on considérer comme ayant subi un traitement antisyphtique : la femme P... entrée le 11 et sortie le 20 avril, la femme R... entrée le 7 et sortie le 20 février, la fille B... entrée le 2 et sortie le 13 mai, la femme L... entrée le 17 et sortie le 18 janvier, c'est-à-dire le lendemain de son entrée?

Peut-on regarder comme ayant des récidives de leur mal, par cela seul qu'elles sont revenues réclamer une seconde fois un lit à l'hôpital, la fille L... rentrée 10 jours après sa sortie, M..., W... rentrées toutes deux après une absence de 8 jours, W..., B... après 3 jours, D... après 2 jours, et C... le lendemain de sa sortie?

Mais ce n'est pas tout. Cette recherche m'a amené à constater ce que j'étais loin de chercher, et ce que je voudrais pouvoir attribuer à

un malentendu ou une grave erreur de rédaction, nulle erreur de ma part ne me paraissant possible, puisqu'il ne s'agissait pour moi que de constater les entrées et les sorties, et que les registres de l'hôpital sont sur ce point d'une exactitude rigoureuse.

44 malades rentrées après traitement mercuriel et 30 après traitement par le bichromate font 74; or, les registres de l'hôpital ne contiennent les noms que de 62 malades rentrées dans l'établissement après avoir été soumises aux soins de notre collègue, même en poursuivant ces recherches jusqu'au jour de la lecture du rapport, de telle sorte qu'en admettant que toutes les malades soignées par M. Dolbeau et rentrées à Lourcine eussent *toutes* été syphilitiques, sa statistique numériquement inexacte constituerait déjà une erreur matérielle grave.

Ce qui aggrave cette erreur, c'est que ces malades sont loin d'être toutes syphilitiques. M. Dolbeau, moins que tout autre, ne pouvait l'ignorer, puisque le registre de l'hôpital, sur lequel le diagnostic se trouve inscrit d'après les bulletins signés par M. Dolbeau lui-même, ne mentionne la syphilis lors des deux séjours faits par chacune d'elles que pour 15 malades de la salle Saint-Alexis et 11 malades de la salle Saint-Bruno. Nous sommes loin des chiffres 44 et 30.

11 des pensionnaires de la salle Saint-Bruno n'ont eu, lors de leurs deux séjours, que des vaginites, 6 des maladies non syphilitiques : métrites, cancer épithélial opéré du rectum, etc. Les mêmes circonstances se retrouvent pour la salle Saint-Alexis; comment M. Dolbeau, qui a soigné toutes ces malades, nous les donne-t-il comme ayant été *toutes* syphilitiques, comme ayant *toutes* pris soit des mercuriaux, soit du bichromate, lors de leur premier séjour à l'hôpital de Lourcine?

La preuve apportée par la statistique de notre collègue tombe complètement devant l'évidence de ces faits graves. Même en tenant compte des erreurs et des omissions de nos feuilles statistiques au point de vue du diagnostic qui s'y trouve porté, nous savons tous que Lourcine reçoit des vaginites comme le Midi des uréthrites, et cependant, même en comptant comme syphilitiques *toutes* les malades admises dans l'établissement, il resterait encore une absence absolue de concordance entre les chiffres, circonstance sur laquelle notre collègue, je l'espère, nous éclairera complètement.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons dire dès à présent que rien ne vient prouver ou même ne laisse soupçonner l'inutilité pour M. Dolbeau, la nocuité pour M. Després du traitement mercuriel dans la syphilis. J'ai voulu, vous le savez, m'éclairer sur ce point; j'ai cru pouvoir le faire, la conscience tranquille, à une époque où le rapport d'un collègue très-autorisé pouvait jeter quelque incertitude dans mon

esprit. Pendant deux mois j'ai supprimé les mercuriaux pour les malades de mon service; il m'a fallu peu de temps pour arriver à une entière conviction. Le phénomène le plus saillant était la persistance de la roséole; en général cette éruption pâlit après quelques jours de traitement et disparaît après 15 jours ou 3 semaines; chez presque tous mes syphilitiques rubéoliques, la roséole après deux mois persistait encore, aussi marquée que le premier jour; les plaques muqueuses que je traitais comme d'habitude par la cautérisation au nitrate d'argent disparaissaient rapidement, mais reparaissaient presque immédiatement sur un autre point du scrotum, de l'anus ou du pli génito-crural; chez quelques malades même, je n'ai pas cru pouvoir continuer; des éruptions d'ecthyma, de rupia accompagnées de céphalées violentes qui, sous l'empire de l'abstention, continuaient à augmenter, s'arrêtant très-vite sous l'influence des mercuriaux.

Il m'est impossible de laisser passer sans réflexion ce qui a été dit à cette tribune sur le bichromate de potasse, comme antisypilitique.

Dans une Société scientifique tous les membres sont plus ou moins solidaires, et c'est déjà trop qu'on ait pu presque nier notre compétence. « J'en étais là, désespéré, car alors j'avais une foi entière dans » le mercure, lorsque je rencontrai un de mes amis, le D^r Leroux, » chirurgien-adjoint de l'hôpital de Versailles. Notre confrère me fit » part de quelques essais qu'il venait de faire avec le bichromate de » potasse. » Ceci se passait en 1863, et je n'aurais rien à en dire, si M. Leroux, dans une communication toute récente à la Société, n'avait semblé annoncer comme une nouveauté toute personnelle l'usage du bichromate de potasse contre la syphilis.

Or, depuis six ans, les journaux de médecine étrangers nous ont apporté de nombreuses observations sur l'emploi heureux ou inutile de cet agent thérapeutique; en 1856, le D^r Arestia soutenait dans notre Faculté une thèse sur le bichromate de potasse comme antisypilitique, et, en 1855, M. Desmarres écrivait dans son 2^e volume, p. 453: « J'ai obtenu bien souvent, depuis quelques années, d'excellents résultats de l'emploi du bichromate de potasse, essayé, sur » le conseil de Ed. Robin, à la place du mercure, par mon excellent » ami le D^r Vicente y Ledo. J'ai guéri bon nombre d'iritis syphilitiques et des accidents constitutionnels fort graves à l'aide de ce » médicament, qui m'a paru, dans beaucoup de cas, posséder les avantages du mercure sans en avoir les inconvénients. Je l'ai souvent » employé contre les accidents secondaires, je le prescris suivant la » formule suivante: etc. »

Qu'il soit donc bien entendu que, si le bichromate peut n'être pas

un médicament utile dans le traitement de la syphilis, ce n'est certainement pas un médicament nouveau.

Je crois que presque tous nous sommes convaincus de la nécessité de donner des mercuriaux, je ne doute pas même que notre collègue, M. Dolbeau, n'ait modifié déjà les idées qu'il défendait dans son rapport ; mais, cette question résolue, il en reste encore bien d'autres à résoudre et des plus importantes. Quand, pendant combien de temps, à quelle dose faut-il donner les mercuriaux ? Quelle est la meilleure préparation et le meilleur mode d'administration ? Faut-il faire suivre le traitement mercuriel d'un traitement par l'iodure de potassium ? Comment faut-il traiter les accidents locaux, tels que les plaques muqueuses ? Faut-il, dans les cas d'accidents secondaires éloignés ou d'accidents tertiaires, et dans les cas où le malade n'a pas fait de traitement mercuriel, donner de suite l'iodure de potassium ou le faire précéder de l'administration du mercure ? Telles sont les questions fort graves et fort difficiles à résoudre, que soulèverait la discussion aujourd'hui pendante devant vous ; je ne veux pas les traiter en ce moment, car j'ai, sur bien des points, plutôt des doutes qu'une certitude, mais je vous demande la permission d'indiquer brièvement ce que j'ai cru constater à cet égard.

J'ai renoncé à peu près complètement à l'usage du proto-iodure de mercure, car j'ai été vivement frappé de l'insuccès fréquent de ce médicament administré, même à assez hautes doses, et je lui préfère de beaucoup le sublimé donné sous forme de liqueur de Van-Swiéten.

Le plus grand reproche que l'on puisse faire à l'usage du sublimé donné en solution, c'est d'être difficilement toléré et d'amener parfois de vives douleurs d'estomac. On remédie en partie à cet inconvénient en administrant la liqueur, non plus à jeun comme on le fait d'ordinaire, mais au moment du repas.

Lorsque cette précaution ne suffit pas, j'ajoute à la liqueur de l'albumine, qui neutralise les mauvais effets du bichlorure sur l'estomac, mais je n'emploie pas la formule de M. Mialhe, dont j'ai été fort peu satisfait. Je fais ajouter à un litre d'eau, rendue albumineuse avec un seul blanc d'œuf, un gramme de sublimé dissous dans l'alcool. Il se fait un précipité d'albumine et de mercure, et ce précipité retient presque tout, sinon tout le bichlorure. Il suffit que le malade agite la bouteille avant de prendre sa cuillerée de médicament.

Dans les services hospitaliers, la liqueur de Van-Swiéten a de plus l'avantage de pouvoir être prescrite avec la certitude que la prescription sera suivie, car les malades la prennent devant le surveillant ; d'être d'un prix insignifiant, et cette considération, quelque peu médicale qu'elle soit, a une certaine importance ; elle m'a permis

de donner à mes frais, à la consultation du Midi, les médicaments à tous les malades (blennorrhagies, syphilis, etc.), sans excéder une dépense de 10 francs environ par mois.

Les frictions mercurielles dont M. Panas vous a entretenu, que j'emploie depuis quelque temps, et dont j'ai retiré d'excellents effets, me paraissent, dans certains cas, de beaucoup préférables aux autres préparations mercurielles.

La salivation cause à quelques-uns de nos collègues une frayeur que rien ne justifie. L'usage des mercuriaux à l'intérieur, pris même à hautes doses, n'a jamais causé à mes malades de salivation notable et encore moins inquiétante. Le nettoyage des dents et des gencives, la propreté de la bouche, l'usage du chlorate de potasse à l'intérieur mettent à l'abri de tout accident sérieux.

Les frictions mercurielles prescrites si souvent dans l'orchite ont, au contraire, amené presque toujours de la salivation, et quelquefois une stomatite sérieuse et inquiétante. A quoi tiennent ces différences? A l'absorption plus facile du mercure par la peau? Je ne le crois en aucune façon. La cause est beaucoup plus matérielle, elle tient aux doses de mercure administré.

Un litre de liqueur de Van Swieten contient un gramme de sublimé; une cuillerée en renferme donc 20 milligrammes, et à la dose de deux cuillerées par jour nous donnons journellement au malade 40 milligrammes d'un sel mercuriel.

L'onguent mercuriel double contient, à parties égales, du mercure et de l'axonge; 5 grammes employées en frictions contiennent donc 2 grammes et demi de mercure, c'est-à-dire pour un seul jour ce que le syphilitique mis à la liqueur absorbe en deux mois. Sans doute tout le mercure des 5 grammes de pommade n'est pas absorbé, mais n'y en eût-il que la sixième partie, que la proportion serait toute autre que celle qui est administrée à l'état de sublimé en solution.

Je ne crains pas la salivation, mais il ne faut pas rendre le médicament responsable des accidents qu'il peut amener par une mauvaise administration.

Comment, à quelles doses faut-il administrer le mercure? Quand on débute dans le traitement de la syphilis, on ne tarde pas à être découragé par de fréquents insuccès; on voit des syphilis persister malgré tout ce qu'on fait; et lorsqu'on voit en même temps d'autres syphilis guérir sans mercuriaux, on passe par une période de doutes pendant laquelle on se demande si réellement le mercure a bien l'utilité qu'on lui attribue. Mais bientôt, en étudiant mieux les faits, on ne tarde pas à reconnaître qu'il ne suffit pas de prescrire les mercuriaux suivant une formule toujours la même, mais qu'il faut varier

les doses, varier la durée du traitement, varier le mode d'administration. C'est là une étude difficile, je m'y livre chaque jour et chaque jour je vois que je dois encore la continuer, longtemps peut-être, avant de pouvoir formuler des préceptes rigoureux.

D'une manière générale ma conduite est la suivante : Lorsqu'un malade atteint de chancre se présente à moi, et que j'ai quelque doute sur la nature de l'ulcère, je pratique l'auto-inoculation sur l'abdomen, à droite et au-dessus de l'ombilic. Lorsque la piqûre est négative, que les caractères du mal sont ceux du chancre induré ou de l'érosion chancreuse, je donne immédiatement la liqueur de Van-Swieten. Après deux mois, si les accidents n'ont pas apparu, je laisse reposer le malade pendant quelques jours, puis il continue à prendre pendant six semaines une seule cuillerée par jour de la liqueur. Si les accidents apparaissent, je reprends la liqueur à la dose de deux cuillerées; je cesse après deux mois, si les accidents ont disparu, et je reviens à son emploi au moindre soupçon de réapparition des manifestations syphilitiques.

Je dirai peu de chose des plaques muqueuses. Contrairement à l'opinion de M. Diday, j'affirme qu'elles sont influencées par le traitement général; mais le traitement local a sur elles une action telle qu'il suffit à lui seul à les faire disparaître, qu'on emploie le nitrate d'argent, l'iode ou même le sous-nitrate de bismuth. Les plaques ne disparaissent pas toutes avec la même facilité, elles disparaissent facilement au scrotum, moins facilement à l'anus, moins facilement encore au pli génito-crural, assez difficilement à la langue, très-difficilement aux amygdales. Si l'on n'emploie que le traitement local, les plaques cautérisées disparaissent en quelques jours, mais d'autres apparaissent non loin de celles qui ont été guéries, le traitement général seul est réellement efficace.

Je termine ici en appelant votre attention sur un point important. A l'exemple de M. Ricord, beaucoup de syphiliographes donnent l'iodure de potassium à la suite du traitement mercuriel; j'ai été frappé du grand nombre d'individus chez lesquels j'ai vu les accidents, disparus par l'usage des mercuriaux, reparaitre sous l'influence de l'iodure, j'ai complètement répudié cette pratique, et je suis convaincu que votre observation ultérieure confirmera l'opinion que je sou mets au contrôle de votre expérience.

M. DESPRÉS. M. Lefort qui, au commencement de cette discussion, avait annoncé qu'il ne prendrait pas la parole, l'a prise néanmoins pour vous exposer ses opinions sur la manière de donner le mercure. La Société ne peut pas en être plus heureuse que moi. Si je

n'ai pu en effet convaincre mes adversaires, j'ai au moins et de plus en plus, après avoir entendu M. Lefort, la satisfaction de trouver mes collègues dans la plus grande diversité d'opinion sur la meilleure préparation mercurielle, et sur le moment où il convient de la donner. M. Lefort n'ayant pas d'ailleurs touché à un seul de mes arguments, je passe.

J'apporte une nouvelle statistique des malades de l'hôpital Saint-Louis.

La statistique que j'avais établie moi-même à l'hôpital Saint-Louis, statistique sommaire, qui était une expression de faits plus rigoureuse que de simples affirmations, a été attaquée. Une certaine ombre a été jetée sur elle. Les partisans du mercure exigent en effet de leurs contradicteurs des garanties de premier ordre, et s'ils se bornent à affirmer qu'ils ont vu réussir le mercure, ils veulent trouver chez ceux qui les contredisent des preuves écrites et étendues.

Je viens compléter aujourd'hui ma première statistique de l'hôpital Saint-Louis par une statistique faite avec des observations longues, étendues, et qui ont encore ce mérite, d'être recueillies par un de nos estimés collègues qui ne partage pas mes idées.

M. Lallier, a qui j'ai emprunté ces observations, persuadé que j'étais, à l'avance, et sans le savoir, d'y trouver la confirmation de ma première statistique, possède tous les faits de syphilis qu'il a vus depuis quatre ans.

Ces faits, matériaux très-précieux, ont été recueillis en 1863, 1864, 1865 et 1866 par MM. Juillard, Serres, Bordier, Landrieux et Herbert, internes de M. Lallier et sous les yeux de leur maître.

Avant de vous parler de cette nouvelle statistique, je ne saurais trop remercier M. Lallier de m'avoir livré des faits qui peuvent attacher une thérapeutique qu'il croit encore bonne ; permettez-moi de louer ici une telle bonne foi scientifique. J'ajoute que la statistique que je fais ici n'engage en rien les opinions de notre collègue.

Voici comment j'ai fait la statistique des observations de M. Lallier.

248 malades en puissance d'accidents syphilitiques ont été reçus pendant les années 1863, 1864, 1865 et 1866, à l'hôpital Saint-Louis dans les salles Saint-Louis, Saint-Thomas et Saint-Charles.

De ce nombre j'elimine 92 syphilis récentes datant de moins de six mois. Sur ce nombre cependant 17 avaient pris inutilement du mercure. Cela fait sur le chiffre des entrées une proportion de 18 pour cent de malades venus pour une syphilis récente déjà traitée inutilement par les mercuriaux. Et c'est là une proportion encore plus considérable que celle de mon service à Lourcine, qui n'est que de 12 à 14 pour cent.

Parmi les observations de M. Lallier, il en est un certain nombre, 29, où, par omission, il n'est fait aucune mention, s'il y avait eu auparavant traitement antérieur, ou bien où les mots traitement mercuriel et spécifique me paraissaient vagues, 10 observations sont regardées comme douteuses par l'observateur ; j'ai cru devoir les rejeter ainsi que les premières.

Il reste 117 malades ayant eu la syphilis depuis plus de six mois, dont l'observation ne laisse absolument rien à désirer. (M. Després lit plusieurs observations comme spécimen de chaque modèle d'élimination ou de conservation.)

J'ai fait trois groupes de ces malades :

Ceux qui étaient malades depuis plus de six mois, ceux qui étaient malades depuis plus d'un an, et ceux qui étaient malades depuis plus de 10 ans.

Les 117 malades sont ainsi décomposés :

A — 26 malades avaient leur mal depuis plus de six mois ; sur ce nombre :

10 n'avaient subi aucun traitement ou avaient été traités par des méthodes diverses et sans mercure ; 2 de ceux-là étaient aux accidents tertiaires ; 5 aux accidents secondaires et 3 aux accidents primitifs, proportion : 8, 5 pour 100.

16 avaient suivi un traitement mercuriel, 2 portaient des accidents tertiaires ou voisins des accidents tertiaires ; 12 avaient des accidents secondaires et 2 des accidents primitifs, proportion 15, 2 pour 100.

Ainsi nous voyons que le mercure n'a aucun avantage réel, puisqu'il entre dans les hôpitaux plus de malades ayant subi un traitement mercuriel, que de gens qui n'ont fait aucun traitement ou se sont traités par des médications dépuratives ou autre et sans mercure.

B — 68 malades ont été reçus ayant leur syphilis depuis plus de 1 an, sur ce nombre :

18 ont été reçus ayant : 12 des accidents tertiaires, gommès et ulcères ou syphilides pustulo-crustacées ; 6 ayant des accidents secondaires. (Les malades atteints d'accidents tertiaires sont presque tous des femmes, et il s'agit de syphilis ignorées qui n'ont pas fourni aux médecins l'occasion de les traiter ou de ne pas les traiter. Quelques-uns de ces malades sont entrés pour des récidives d'accidents tertiaires et avaient été déjà traités par l'iodure de potassium et même le mercure.)

50 malades présentant, 6 des accidents tertiaires, 44 des accidents secondaires, avaient pris du mercure dans les services spéciaux des hôpitaux de Paris, à une ou plusieurs reprises et sous la direction de

MM. Ricord, Cullerier, Verneuil, Simonet, Cazenave, Gilbert ; des malades avaient été traitées à Lourcine par le mercure, par mes collègues ou mes prédécesseurs.

En établissant les proportions, nous voyons qu'il est entré, à Saint-Louis : d'un côté, 15,3 pour 100 de malades syphilitiques qui n'avaient pas pris de mercure ; de l'autre, 42 pour 100 de malades traités par le mercure.

C. Les malades ayant leur syphilis depuis plus de 10 ans sont ainsi divisés :

8 n'avaient fait aucun traitement, et plusieurs ne se doutaient pas qu'ils pussent avoir la syphilis. Il y en avait 4 qui avaient des accidents secondaires.

15 malades avaient été soumis au traitement par les préparations mercurielles ; sur ce nombre, 5 avaient des accidents tertiaires et 10 des accidents secondaires, ce qui donne une proportion de 6,7 pour 100 de malades non traités contre 12,6 pour 100 de malades traités par le mercure.

En somme, partout une différence entre les résultats de l'expectation, même sans traitement mercuriel, et si je séparaïs de la statistique ceux qui ignoraient leur syphilis, j'arriverais à une proportion de 4 pour 100 de récidives chez ceux qui n'ont pas pris de mercure, contre 42 pour 100 de malades ayant été soumis à la médication mercurielle. L'éloquence des chiffres me dispense de tout commentaire. J'insiste sur un seul point, qu'il y a beaucoup plus de vieux syphilitiques traités par le mercure, que de vieux syphilitiques n'ayant pas été traités ou ayant été traités par les dépuratifs, ou ayant ignoré leur mal.

Voilà ce que j'avais à dire à mes collègues ; mais un mot encore peut être utile. Au milieu des observations de M. Lallier, j'ai trouvé deux cas de syphilis infantile, des syphilis de femmes enceintes et des syphilis tertiaires, et je suis obligé de dire que ces faits confirment encore les opinions que j'ai émises ici sans en excepter aucune.

Les deux enfants syphilitiques avaient : l'un une syphilis congénitale, l'autre une syphilis probablement vaccinale.

Le premier enfant, âgé de 6 semaines, avait du pemphigus, des ulcérations sur le corps et à l'anus. Il est traité par une cuillerée à café de liqueur de Van Swieten, qui est bientôt supprimée, et par les bains de sublimé à 2 grammes, puis on a recours aux frictions avec l'onguent napolitain sur les cuisses. Malgré cela l'enfant, 2 mois après son séjour à l'hôpital et ayant près de 4 mois, était tellement en mauvais état, qu'il ne pesait plus que 3 kilogr. 300 grammes. Il est parti, emmené par sa mère, dans un état désespéré.

Le second enfant, traité en ville à deux reprises par le protoiodure pour des boutons sur le ventre et les fesses, entre à Saint-Louis avec un état parcheminé de la peau et des boutons qui semblent être des plaques muqueuses de la peau ; en d'autres points, on trouvait des cicatrices d'ulcérations. Traité par les bains de sublimé et l'iodure de potassium, l'enfant meurt au bout de 8 jours.

Ce sont les seuls enfants syphilitiques que renferme la statistique.

En fait de femmes grosses syphilitiques, j'ai trouvé 7 femmes qui n'avaient pas pris de mercure et qui ont avorté. La grossesse coexistait avec le début de la syphilis. 3 femmes qui n'avaient pas pris de mercure, quoique syphilitiques, ont accouché d'enfants vivants et non malades. Une de celles-ci eu 5 enfants pendant les intervalles de poussées syphilitiques. Mais voici une malade plus curieuse : Une femme enceinte syphilitique est traitée par le mercure, mais est obligée de cesser son traitement au bout de 3 semaines. Elle accouche néanmoins d'un enfant qui eut, il est vrai, des dartres sur la figure à 3 mois, et qui mourut, à 4 ans, de convulsions.

Enfin j'ai trouvé, dans les excellentes observations que je vous présente, à côté de faits de perforation et d'ulcérations de la voûte palatine chez des gens qui avaient ignoré leur syphilis, des faits de perforation semblables chez des malades traités avec soin par le mercure, le sirop de bi-iodure en particulier. Sur 4 observations, 2 mentionnent qu'un traitement mercuriel régulier a été fait par Gibert et à l'hôpital du Midi : 1 que la malade a pris des pilules et 1 que la malade n'a rien fait et ignorait qu'elle eût la syphilis. Aucune de ces malades n'a été guérie par le mercure et l'iodure de potassium, et par guéri, j'entends que l'ulcération ne s'est pas réparée avant la sortie de l'hôpital.

La meilleure observation peut-être est celle où il s'agit d'ulcères du voile du palais sans perforation, que Gibert a eu à traiter. Deux ans avant que la malade n'entrât chez M. Lallier, Gibert, jugeant que la syphilis n'avait pas été bien traitée au début, a donné du sirop de bi-iodure de mercure pendant 40 jours ; malgré cela, la malade est rentrée à l'hôpital Saint-Louis avec des ulcérations étendues du voile du palais.

J'ai fini, Messieurs ; si j'ai abusé des moments de la Société, n'en accusez que la force de mes convictions. Si je suis revenu tant de fois prendre la parole dans une discussion que je n'avais pas soulevée, c'est que je voulais donner le plus de preuves possible, afin de témoigner que quand il s'est agi de juger la valeur exacte du mercure, il a été plus aisé de trouver des observations défavorables aux préparations

mercurielles que de soutenir, par des citations de faits, des affirmations, et même, le dirai-je? par de mauvaises raisons, une tradition que la physiologie ne légitime pas.

M. BLOT déclare, à l'occasion du discours de M. Després, que M. Lallier désire conserver l'entière liberté de ses opinions, eu égard à l'influence que peuvent avoir les mercuriaux dans le traitement de la syphilis.

M. DEPAUL. Une seule réflexion suffit pour atténuer la valeur d'un argument que reproduit M. Després, à l'occasion des observations qui lui ont été communiquées par M. Lallier. Tous les médecins, à l'exception de M. Després peut-être, donnent du mercure à leurs malades; il est donc tout naturel que les individus traités par les mercuriaux offrent des récidives en nombre plus grand que les syphilitiques qui ont été traités par l'expectation.

M. le président déclare close la discussion sur la syphilis.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire, DOLEAU.

SÉANCE DU 3 JUILLET 1867.

Présidence de M. Marjolin.

La Séance est ouverte à 3 heures et demie.

Le procès-verbal de la Séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCES.

— *La correspondance manuscrite* comprend des lettres de MM. Tillaux et Giraudeau qui s'excusent de ne point assister à la séance (renvoyées à la Commission des congés).

— Une lettre de M. le Dr Leroy d'Etiolles qui demande à être compris sur la liste des candidats à la place de membre titulaire déclarée vacante.

— M. le Dr Picardat, de Montreuil (Aube), adresse deux belles photographies relatives à une corne cutanée, longue et recourbée a'insé-

rant à la région occipitale. (Des remerciements sont adressés à l'auteur.)

La correspondance imprimée comprend :

- Les Journaux de la semaine :
- *Le Bulletin de thérapeutique*;
- *Les Archives générales de médecine*, juillet 1867;
- *La Gazette médicale de Strasbourg*, 25 juin 1867;
- *Union médicale de la Provence*;
- *De la constatation des naissances à domicile*, par M. C. Devilliers, membre de l'Académie de Médecine;
- *Un-united fracture successfully treated with remarks on the operation*, par le Dr Henry Bigelow, de Boston. Le procédé de M. Bigelow consiste à disséquer sur chaque bout osseux une manchette périostique, après quoi les extrémités réséquées sont réunies par la suture métallique.
- M. le Dr Guyon offre à la Société de la part de l'auteur, le *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*, par M. le professeur Courty, de Montpellier.

M. TARNIER. J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie, de la part de M. Charrier, ancien chef de clinique d'accouchements à la Faculté de médecine, un mémoire intitulé : *Du souffle ombilical, de sa valeur sémiologique et de son traitement.*

Dans ce mémoire, après avoir rappelé l'historique de l'auscultation appliquée au bruit du souffle ombilical, M. Charrier a rapporté plusieurs observations personnelles qui lui ont permis de conclure que ce bruit du souffle était produit, dans la plupart des cas, par la compression du cordon.

Dans l'une de ces observations, M. Charrier a pu assister à l'agonie du fœtus, qui mourut pendant la vie intra-utérine, après avoir présenté un bruit du souffle ombilical très-évident. Chez la même femme, à une grossesse suivante, le souffle ombilical fut observé de nouveau; les battements du cœur devenaient irréguliers et faibles; tout annonçait une mort prochaine pour le fœtus, et, dans ces circonstances, M. Charrier se décida à provoquer l'accouchement prématuré. Cette opération fut suivie de succès pour la mère et l'enfant. Plusieurs circulaires de cordon entouraient le cou de l'enfant au moment de sa naissance.

De ces faits, M. Charrier conclut que, dans quelques cas rares, l'existence du souffle ombilical, jointe à l'irrégularité et à la faiblesse de battement du cœur, fait prévoir, d'une manière à peu près cer-

taine, la mort imminente du fœtus, et que dans ces circonstances on aura quelque chance de le sauver en provoquant l'accouchement prématuré.

Ces conclusions, faites avec une sage réserve, me paraissent devoir être prises en considération, d'autant plus qu'elles s'appuient sur un véritable succès.

M. BLOT. Je crois comme M. Charrier que c'est à la compression du cordon qu'est dû le souffle ombilical. Rien ne prouve que cette compression du cordon ne puisse cesser spontanément; s'il en était autrement, l'accouchement prématuré ne saurait mettre l'enfant à l'abri du danger qui le menace.

Je suis donc peu disposé à accepter les conclusions de M. Charrier : provoquer l'accouchement serait, dans ce cas, compromettre une des belles conquêtes de la chirurgie.

M. GUYON. Depuis que M. Charrier a publié son mémoire, j'ai recherché quelle était la valeur du souffle ombilical; j'ai rencontré le souffle lorsqu'il y avait compression du cordon, mais ce symptôme a fait défaut, même dans certains cas de circulaires autour du cou.

J'ai acquis la conviction que le souffle ombilical peut aussi se produire par le cœur du fœtus, ainsi que l'avait déjà démontré M. Dubois. Toutes ces raisons jointes à celles que vient de signaler M. Blot, semblent prouver que le souffle ombilical n'aurait pas toute la valeur que M. Charrier voudrait lui attribuer.

M. TARNIER. Je ferai remarquer que les conclusions de M. Charrier sont très-réservées; on voit certainement des circulaires sans que le souffle ombilical se produise, mais, dans certains cas, il peut y avoir compression et le phénomène apparaît. Les bruits qui se passent dans le cœur du fœtus sont réels, cela n'exclut pas les souffles de causes différentes. M. Charrier a bien distingué le souffle ombilical suivant que ce dernier est momentané ou permanent. Lorsque le symptôme persiste et que des signes certains indiquent que l'enfant est en danger de mort, M. Charrier pense qu'il est sage de pratiquer l'accouchement prématuré. Dans un cas analogue, notre confrère a suivi la ligne de conduite qu'il recommande et il a amené un enfant vivant.

LECTURE.

M. Boucault, de Lyon, lit un travail sur les plaies pénétrantes du genou avec lésions osseuses.

Commissaires : Desormeaux, Trélat et de Saint-Germain.

La Société procède à la nomination d'une Commission chargée d'examiner les titres des candidats à la place de membre titulaire. Sont élus : MM. Guyon, Trélat et Blot.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Fragmentation spontanée de calculs dans la vessie.

Phlébite iliaque. — Vessie biloculaire, etc.

Le docteur Guéniot présente l'appareil urinaire d'un homme de 83 ans qui a succombé, à l'hôpital Necker, dans le service des calculeux dont il est provisoirement chargé.

Sans avoir jamais subi d'opération propre à briser la pierre, ce vieillard expulsa pendant deux années (de 1862 à 1864), par le canal de l'urètre, un grand nombre de débris calculeux. Cette expulsion était douloureuse et généralement annoncée, 24 ou 36 heures à l'avance, par un surcroît de souffrance vers le col de la vessie. Elle se faisait, d'ailleurs, à des intervalles très-irréguliers et sans qu'aucun changement dans le régime ou l'hygiène du malade pût expliquer le phénomène.

Les fragments, soigneusement recueillis au nombre d'une cinquantaine, appartiennent bien, comme l'examen permet de s'en assurer, à des calculs urinaires d'origine vésicale. Inégaux en volume, quoique généralement de la grosseur d'un pois, ils sont en grand nombre constitués par des segments plus ou moins irréguliers de coques calculeuses. L'épaisseur notable de ces coques montre qu'il ne s'agit pas d'une décortication superficielle, d'une simple exfoliation, mais bien d'un brisement de la masse, d'une véritable fragmentation des calculs.

Le malade, très-caduc et très-affaibli à son entrée à l'hôpital, succomba après avoir offert des symptômes très-accusés de *phlegmatia alba dolens* dans le membre inférieur droit, et aussi sans qu'aucune opération ait été pratiquée en vue de le débarrasser de la pierre. Son autopsie révéla les particularités suivantes :

1° La vessie est composée de deux poches d'égale capacité, offrant chacune le volume d'une grosse orange. Celle de droite, ou la vraie vessie, dans laquelle viennent s'ouvrir l'urètre et les deux uréters, renferme six corps étrangers, c'est-à-dire trois pierres et trois fragments de pierre. Deux de ces derniers paraissent provenir de l'une des pierres, dont la masse offre des pertes de substance sensiblement correspondantes. Le troisième fragment semble être aussi une portion détachée de l'une des deux autres pierres. L'aspect extérieur de tous ces produits permet de leur supposer une composition semblable ; ce

sont probablement des calculs phosphatiques. La seconde poche ne renferme aucun dépôt calculeux. Communiquant avec la première au moyen d'une ouverture circulaire qui permet le passage d'une grosse sonde, elle est remplie, comme la vessie-mère, d'une urine purulente et fétide.

2° Les reins, violemment enflammés dans toutes leurs parties, présentent à leur surface de petits abcès, gros comme des lentilles. Ils ne renferment ni pierre, ni gravier.

3° La prostate, considérablement hypertrophiée, a le volume d'un œuf de canard.

4° Enfin, les veines iliaque et crurale droites sont complètement oblitérées par un caillot dense qui adhère faiblement à leur paroi enflammée. L'origine de cette phlébite paraît ici des plus évidentes. Par suite du développement en largeur de la vessie, qui est composée de deux poches unies latéralement, la veine iliaque externe droite se trouve en contact avec la vessie dans le point même où gisent les calculs. Il en résulte que ceux-ci ont dû léser presque directement la paroi veineuse, et que l'inflammation très-accusée de la muqueuse vésicale a pu se propager jusqu'à la veine par simple continuité de tissu. C'est là un fait qui mérite d'être noté pour l'explication des phlébites qu'on voit survenir, soit dans le cours des affections vésicales, soit à la suite de certaines explorations susceptibles de contondre les veines du bassin à travers la paroi de la vessie.

Tumeur périnéale d'un nouveau-né

M. DEPAUL. Il y a environ 36 ans, au début de la clinique, naquit un enfant présentant une grande analogie avec celui qui a fourni la pièce que je soumetts à la Société; c'était, comme aujourd'hui, une tumeur volumineuse naissant du périnée et pendant entre les cuisses.

L'accouchement fut simple; l'enfant ne tarda pas à succomber. Cette tumeur préoccupa vivement M. Dubois. L'autopsie fut faite en présence de Moreau, d'Orfila et de M. Cruveilhier. La tumeur fut examinée avec le plus grand soin et l'on conclut à un cancer.

Je conservai longtemps la même opinion.

Quinze ans après, le même cas se présentait. Le fait fut peut-être examiné moins minutieusement, mais le diagnostic porté fut le même.

En 1864, MM. Rayer et Ball présentèrent un fait analogue à la Société de biologie; M. Robin l'examina avec le plus grand soin, et l'on peut retrouver l'histoire de cette observation avec planches, dans les « Mémoires de la Société de biologie de 1863. » On déclara

que cette pièce n'était pas un cancer ; elle fut désignée par M. Robin sous le nom de tumeur à myélocytes. Ce fait me frappa.

L'année suivante, en 1864, une femme accoucha à la clinique d'un enfant porteur d'une tumeur périnéale analogue aux précédentes. Je la disséquai. Elle naissait du périnée, rentrait dans le bassin.

Je la fis examiner par MM. Robin et Cornil. M. Robin la désigna sous le nom de tumeur à myélocytes. Je la montrai à la Société de biologie, et elle fut déclarée appartenir à cette classe.

Enfin, il y a environ trois mois, vint chez moi un homme m'apportant un enfant présentant la grosse tumeur périnéale que je mets sous vos yeux ; cet homme demandait à faire placer son enfant dans un hôpital. Le cas était difficile. L'enfant ne pouvant entrer qu'avec la mère, je me décidai à le confier à un employé de la clinique. Malgré les soins qui lui furent donnés, l'enfant mourut ; je fis son autopsie, et ce sont les pièces, résultat de cette autopsie, que je soumetts à la Société. Je dépose sur le bureau l'observation et l'examen micrographique de la tumeur. ●

Tumeur congénitale volumineuse de la région fessière, formée du mélange des tissus embryonnaires normaux, devenue cause de dystocie, par M. BAILLY, chef de clinique.

Rousselot, Héloïse-Émilie, née à Paris, rue du Faubourg-Saint-Martin, n° 66, le 30 mars 1867. Nous ignorons l'âge de la mère et si elle est ou non primipare.

Après la sortie de la tête et du tronc, qui s'effectue d'une manière naturelle, l'enfant reste fixée à la vulve par le siège dont l'utérus ne peut déterminer l'expulsion. Elle reste unie à la mère dans cette position pendant une heure et trois quarts, respirant normalement. Au bout de ce temps, les tractions exercées successivement par deux sages-femmes parviennent à extraire le bassin de l'enfant, auquel est surajoutée une énorme tumeur qui formait obstacle à la terminaison spontanée de l'accouchement.

L'enfant est apportée à la clinique le 1^{er} avril 1867. ●

La tumeur occupe exactement le sommet du bassin et paraît sortir de l'excavation pelvienne. Son volume égale celui d'une tête d'enfant à terme. Elle est aplatie d'avant en arrière, irrégulièrement conoïde, bosselée, et, par l'extrémité de son diamètre transversal, déborde de chaque côté le bassin, d'environ un centimètre.

Elle est couverte d'une peau mince, luisante, d'un rouge foncé, livide, parcourue de grosses veines sinueuses, noires. La consistance de cette tumeur, généralement ferme comme celle du tissu mus-

culaire, est plus molle et comme obscurément fluctuante en quelques points. L'anus serait sur la face antérieure, à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen de la tumeur. En introduisant le doigt dans la cavité du rectum, on sent que cet intestin est enveloppé de toute part, et, en quelque sorte, creusé dans un tissu ferme et élastique comme une masse de caoutchouc.

Le contact des urines et des garde-robes excorie rapidement la surface de la tumeur et lui donne l'apparence d'une plaie gangréneuse qui fait redouter aux nourrices de donner le sein à cette enfant. Artificiellement ourrie, elle est bientôt prise d'entérite grave, s'affaiblit rapidement et surcombe le 6 avril 1867 à onze heures du soir.

L'enveloppe cutanée de la tumeur, présentant les caractères mentionnés plus haut, est unie au tissu de la tumeur par un tissu cellulaire très-lâche infiltré de graisse. La masse morbide est recouverte à sa base, en arrière, par les fibres musculaires inférieures étalées du grand fessier. Le doigt l'isole assez aisément de toutes les parties environnantes, et on limite ses attaches à un simple pédicule du volume de l'extrémité du doigt auriculaire, qui semble se continuer avec les ligaments antérieurs et postérieurs du rachis, et aussi avec les enveloppes fibreuses de la moelle. Un lobe saillant, conique, pénètre de bas en haut dans l'excavation pelvienne, en refoulant le plancher du bassin fortement aminci.

En avant, la tumeur est creusée d'un sillon vertical dans lequel est logé le rectum, qui s'ouvre à deux pouces environ du sommet de la tumeur.

La tumeur est lisse à sa surface, d'un gris rosé. Son tissu, divisé par une coupe profonde, présente la même teinte gris rosé, quelque peu variable dans ses nuances. Ce tissu est friable, un peu gélatineux, parsemé de vacuoles remplies d'un liquide visqueux diaphane.

Le fond de la tumeur est formé par des éléments embryoplastiques parsemés de fragments de tous les tissus normaux de l'enfant à l'état naissant. On y trouve du tissu musculaire lisse et strié, du tissu conjonctif, du cartilage, de l'os, et les cavités, dont est creusée sa substance, sont tapissées par des cellules spéciales décrites par M. Ranvier. (*Bulletin de la Société anatomique.*)

Examen microscopique par le professeur Robin. — Tissu friable composé d'une trame de fibres de tissu lamineux cellulaire, disposées en nappes ou isolées, en partie pleinement développées, en partie à l'état de corps fibro-plastiques fusiformes ou

étoilés, et de plus par des capillaires. Dans cette trame se trouvent, en plus grande proportion encore, des noyaux embryo-plastiques (noyaux fibro-plastiques). Cette trame est interposée à de nombreuses vésicules closes, sphéroïdales ou ovoïdes, isolées ou rapprochées les unes des autres, au nombre de 2 à 4, larges chacune de 5 centièmes de millimètre à 1/4 de millimètre environ. Toutes ont une même paroi propre, formée de fibres lamineuses, disposées concentriquement, assez serrées les unes contre les autres.

La face interne est lisse, tapissée régulièrement, soit d'épithélium nucléaire, soit de petites cellules épithéliales prismatiques. Le contenu est incolore, peu visqueux, avec quelques cellules épithéliales et rien de plus.

En somme, la structure du tissu de cette tumeur est la même que celle du tissu qui est interposé aux gros kystes des tumeurs ovariennes à kystes multiples, tissu qui contient des vésicules closes ou kystes microscopiques, analogues aux vésicules de Graaf dans les premières phases de leur développement.

Seulement, dans la pièce actuelle, toute la masse est formée de ce tissu sans gros kystes, et il offre cette particularité qu'il constitue un cas rare de génération hétérotopique de tissu analogue à celui de l'ovaire, hors de la place occupée normalement par cet organe.

M. DEPAUL. Par la présentation de cette pièce, j'ai eu en vue de faire ressortir qu'il y a dans la région périnéale des tumeurs de deux espèces différentes, à savoir des tumeurs à myélocytes embryo-plastiques.

J'ai pensé qu'outre l'intérêt se rattachant à cette cause de dystocie, cette pièce avait une certaine importance au point de vue histologique.

M. PERRIN. Je désirerais quelques explications au sujet de la non-conformité d'opinions sur cette pièce, au sein de la Société de biologie.

M. DEPAUL. Je n'étais pas à la séance; mais M. Robin a examiné et réexaminé la pièce, et je ne puis que transmettre son opinion formelle sur sa nature embryoplastique.

M. TRÉLAT. Le cas est très-intéressant, mais je regrette qu'il n'y ait pas de description proprement dite de la tumeur.

M. DEPAUL. La description exacte de la tumeur est consignée dans l'observation. Ce que je constate, c'est que, dans les tumeurs à myélocytes, on trouve toujours un pédicule gagnant le canal médul-

laire. Ici, rien de semblable. Cette tumeur n'a qu'un prolongement dans le tissu cellulaire du périnée, tout au plus dans le périoste ; mais aucune connexion avec le canal médullaire.

M. TRÉLAT. Il me semble évident que cette tumeur a des connexions avec le rectum. C'est donc un dérivé intestinal et non médullaire, n'ayant par conséquent aucun élément médullaire, mais tirant son origine du feuillet muqueux embryonnaire.

M. MARJOLIN. Il serait à désirer que M. le secrétaire, au début de la séance prochaine, lût la note de M. Depaul. Après cette lecture, les observations auraient leur cours.

M. DEPAUL. Je ne crois pas que la lecture de l'observation apprit rien de nouveau. Tout l'intérêt de cette présentation porte, d'une part, sur la cause de dystocie déterminée par l'existence de cette tumeur, d'autre part, sur ses éléments intimes. Le diagnostic m'a, du reste, vivement préoccupé. Sans parler, en effet, des tumeurs à myélocytes, j'ai dû penser à la possibilité du spina-bifida ou d'une grossesse par inclusion. J'éloignai la possibilité du spina-bifida, à cause de la situation même de la tumeur. L'enfant était, pour ainsi dire, assis sur elle, et l'on ne constatait absolument rien sur le trajet du rachis. Quant aux inclusions fœtales, ces tumeurs siègent presque toujours sur le dos. Elles sont, pour ainsi dire, portées en croupe sur la partie supérieure du sacrum. Je le répète, c'est à la tumeur à myélocytes que je m'étais arrêté, avant l'examen de MM. Robin et Ranvier.

M. TARNIER. Je suis étonné de voir M. Depaul rejeter la possibilité d'un spina-bifida à cause de la région. Il y a cependant des spina-bifida occupant la région qu'affectait cette tumeur, et dans ma thèse de concours, j'en ai publié une observation.

M. TRÉLAT. Je ferai observer que le siège de cette tumeur n'est pas sur le canal sacré, mais appartient à la muqueuse de l'extrémité inférieure de l'intestin.

M. DEPAUL. Je n'ai rien à ajouter à ce que vient de dire M. Trélat : Le canal osseux était parfaitement libre ; de plus, la tumeur n'était pas fluctuante, mais de consistance solide. J'engagerai de plus M. Tarnier à ne point se fier à l'observation peut-être incomplète à laquelle il faisait allusion.

M. TARNIER. L'observation signale parfaitement ce fait, que le fœtus était assis sur sa tumeur.

M. DEPAUL. Mais la pièce a-t-elle été disséquée ? L'autopsie a-t-elle été faite ?

M. TARNIER. Je demande à ce qu'on me permette de rafraîchir ma mémoire à propos de faits déjà si éloignés.

M. VERNEUIL. La présence de quelques ailes de sac glandulaires dans l'épaisseur de la tumeur peut peut-être s'expliquer par la participation à la production morbide de la glande concigienne de Luschka, organe dont on a noté déjà l'hypertrophie et autres altérations organiques.

M. DEPAUL. Je demande qu'il soit inséré au procès-verbal qu'il y a un mois que je me suis fait inscrire pour la présentation de cette pièce.

La séance est levée à cinq heures.

Le Secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 10 JUILLET 1867.

Présidence de M. Marjolin.

La Séance est ouverte à 3 heures et demie.

Le procès-verbal de la Séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance manuscrite comprend :

- Une lettre de MM. Robert et Colin qui présentent à la Société une nouvelle pince porte-aiguilles ;
- MM. Lefort et Blot s'excusent de ne pas assister à la Séance ;
- M. Boucaud, médecin de Lyon, qui a lu dans la dernière Séance un mémoire sur les plaies pénétrantes du genou demande à être porté sur la liste des candidats au titre de Membre correspondant :

La correspondance imprimée comprend :

- Les journaux de la semaine ;
- *La Revue médicale* de Toulouse ;
- *Montpellier médical*, juillet 1867 ;

2^e série. — TOME VIII.

Mémoires et comptes rendus de la Société des Sciences médicales de Lyon. T. VI.

A l'occasion du procès-verbal :

M. TRÉLAT revient sur l'observation citée par M. Tarnier, il montre un dessin, lit divers passages et conclut que la tumeur n'était pas un spina-bifida, mais bien un kyste du périnée sans communication avec le canal rachidien. Dans un mémoire publié par M. W. Braune, ajoute M. Trélat, on peut étudier toutes les variétés de tumeurs périnéales. On en trouve qui ressemblent beaucoup à celle décrite par M. Depaul ; ces tumeurs sont désignées sous les noms de sarcomes, de cysto-sarcomes, etc. Le travail de M. Braune démontre que tous les organes contenus dans le bassin peuvent donner lieu à des tumeurs congénitales, mais on ne trouve pas, dans ce travail si complet, un seul exemple de spina-bifida ayant le siège occupé par la tumeur que nous a présentée M. Depaul.

M. TARNIER fait remarquer que certains passages de l'observation qu'il a citée sont de nature à faire admettre, quoique avec réserve, que la tumeur était constituée par un spina-bifida.

On lit, par exemple : « Le kyste est fermé de toutes parts ; la » partie inférieure de la région sacrée est close par une toile peu » dense, ce qui ferait supposer qu'il a existé une communication » entre la tumeur et le canal rachidien à une époque moins avancée » de la maladie. » On trouve encore en faveur de l'existence d'un spina-bifida les détails suivants : « La moelle s'arrêtait entre la neuvième et la dixième vertèbre dorsale, mais les nerfs de la queue de cheval étaient très-fins, comme interrompus et il était difficile d'en suivre les principales divisions. »

M. TRÉLAT, Il est à craindre que la discussion n'aboutisse pas ; la question en litige est celle-ci : Existe-t-il des spina-bifida occupant le périnée et correspondant à la pointe du coccyx ? A elle seule l'observation de M. Tarnier ne peut résoudre la question, je serais donc d'avis que l'on restât dans le doute.

M. Verneuil et M. Tarnier échangent quelques mots à l'occasion de la situation exacte de la queue de cheval.

M. GIRALDÈS. Je croyais jusqu'ici à l'existence des spina-bifida occupant la région sacro-périnéale. Il y a dans le travail de Braune une figure qui démontre la continuité qui existait entre les enveloppes de la moelle et un kyste du périnée. Tout récemment, à l'hôpital de Saint-Georges, à Londres, une tumeur périnéale a été ponctionnée

chez une femme adulte; l'opérée est morte de tétanos et l'autopsie a démontré qu'il existait une communication entre la tumeur liquide du périnée et le canal rachidien. Il y a un grand nombre de variétés dans les spina-bifida et en dehors des faits que je viens de citer rien ne répugne théoriquement à admettre l'existence d'un spina sacro-périnéal. J'ajouterai que j'ai présenté à la Société, il y a plusieurs mois, un enfant qui portait une tumeur énorme du périnée, se détachant de la pointe du coccyx et contenant un liquide brun.

M. DEPAUL. Je suis peu disposé à admettre l'existence du spina-bifida dans une région aussi éloignée du canal rachidien. Les arguments que l'on a invoqués jusqu'ici me paraissent peu concluants : tout spina-bifida suppose l'ouverture du canal rachidien, l'écartement des lames vertébrales, or, dans le fait en litige, il est dit que les os sont bien conformés. J'ai vu un grand nombre de spina-bifida, mais jamais ils n'occupaient une région aussi déclive. La tumeur dont a parlé M. Tarnier n'était autre chose qu'un kyste, mais rien ne démontre que ce fût un spina-bifida isolé du canal rachidien.

Dans le fait que j'ai relaté ici, l'intérêt était de déterminer s'il s'agissait d'une tumeur provenant de la moelle et même des nerfs et renfermant des médullocytes ou d'une tumeur fibro-plastique.

M. VERNEUIL. Il me semble qu'il faut élever quelques doutes sur la nature exacte des faits que nous a cités M. Giralès. Nous devons engager notre collègue à se livrer au même travail de vérification qu'a exécuté M. Tarnier relativement au fait qu'il citait dans la dernière séance.

M. GIRALÈS. L'observation que j'ai citée est parfaitement authentique et je pense que je n'aurai pas de peine à en retrouver d'autres. Si l'on veut admettre comme nécessaire l'écartement des lames vertébrales pour constituer un spina-bifida, il devient difficile de classer un bon nombre de tumeurs liquides qui communiquent avec la cavité arachnoïdienne par un pédicule plus ou moins étroit. Il suffit d'admettre une hydropisie de la partie inférieure du canal médullaire pour comprendre la formation d'une tumeur qui se dirigera vers le périnée à travers l'échancrure inférieure du sacrum.

M. TRÉLAT. M. Giralès a raison lorsqu'il dit que l'atlas de Braune renferme un cas de spina-bifida correspondant à la terminaison du canal rachidien, mais il n'existe pas de tumeur périnéale appendue à la pointe du coccyx et constituée par un spina-bifida.

En acceptant l'hypothèse d'une hydropisie de la partie inférieure du canal formé par les enveloppes de la moelle, on n'aurait point de tumeur périnéale, mais bien une sorte de queue épaisse se prolongeant dans la direction du rachis.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Bec-de-lièvre double, compliqué de saillie de l'os incisif.

M. MARJOLIN présente un enfant de quatre ans, entièrement défiguré par un bec-de-lièvre double, avec une saillie très-considérable du lobule médian et de l'os incisif. Il est inutile de revenir sur la question si souvent débattue au sein de la Société de chirurgie, sur l'opportunité des opérations faites très-peu de temps après la naissance ou à une époque un peu plus reculée, lorsque les enfants ont atteint quelques mois; il y a d'ailleurs une grande différence, au point de vue des conséquences, chez les enfants opérés en ville ou à l'hôpital. Dans le cas actuel, il est certain que l'on a attendu trop tard, ce qui a permis à la difformité d'augmenter.

Maintenant, dans un cas aussi complexe, faut-il faire toute l'opération, dans la même séance, ou commencer d'abord par l'extirpation du tubercule médian, puis, lorsque l'hémorrhagie ne serait plus à craindre, réunir les lèvres, en se servant de la partie cutanée moyenne pour faire la sous-cloison?

M. GIRALDÈS. Ce que j'ai à dire peut se diviser en deux parties : la première se rattache aux indications de l'opération, la seconde au procédé opératoire.

1° L'opération du bec-de-lièvre est relativement innocente et je crois que les accidents dépendent le plus souvent de ce que l'enfant est mal constitué, de ce qu'il est mal nourri, en un mot de ce qu'il est dans de mauvaises conditions. Les auteurs de chirurgie n'ont point assez tenu compte de ces diverses circonstances et c'est pourquoi la plupart des statistiques touchant la léthalité de l'opération du bec-de-lièvre sont sans valeur. Il faut distinguer : s'il s'agit d'un enfant bien constitué, appartenant à une famille aisée; le bec-de-lièvre étant aussi compliqué qu'il l'est dans le cas actuel, je n'hésite pas à déclarer qu'il faut opérer de suite après la naissance.

La réunion des parties molles favorise le rapprochement de la fente palatine. La difformité fait horreur aux gens du monde, et les petits malades, quand ils grandissent, sont honteux de leur malformation; ce sont là autant de raisons pour opérer dès la naissance.

À l'hôpital, les opérations du bec-de-lièvre compliqué entraîneraient

la mort des enfants à cause des mauvaises conditions dans lesquelles ces derniers se trouvent.

2^e Je suis partisan de faire l'opération en une seule séance. Quant au tubercule médian, je ne l'inciserai point, je n'emploierai pas non plus le procédé de Blandin, car, lorsqu'on a enlevé un triangle au dépend du vomer, le tubercule médian s'abaisse et se trouve situé bien au-dessous des arcades dentaires qui sont elles-mêmes très-atrophées.

Dans le cas actuel, j'enlèverais des couches successives, ce serait une sorte d'évidement du lobule médian afin d'en laisser le plus possible. J'ai abandonné l'idée de disséquer deux lambeaux fibro-muqueux pour les suturer ensuite au-devant de la section de l'os incisif. Quant aux parties molles j'emploierais un procédé différent de celui que M. Marjolin se propose d'exécuter; mon procédé qui m'a déjà procuré plusieurs succès, se trouve décrit dans la thèse de M. Thévenin.

M. VERNEUIL. Dans les cas de bec-de-lièvre compliqué, j'ai adopté le principe des opérations en deux temps. Dans le premier, je résèque le tubercule osseux et je refais la sous-cloison avec la partie médiane de la lèvre supérieure appendue au bout du nez; dans le second, je réunis les deux moitiés de la lèvre et les soude par un point de suture à la sous-cloison reconstituée.

J'agis de la sorte pour plusieurs raisons: d'abord le traumatisme est moins étendu, l'opération moins longue et la perte de sang moins considérable; on sait, en effet, que la réparation complète en une seule séance exige beaucoup de temps, qu'il s'écoule beaucoup de sang au niveau de la section du tubercule osseux, et par suite du décollement des parties latérales de la lèvre et de l'avivement, d'où résulte pour les enfants, surtout s'ils sont très-jeunes, un épuisement qui peut être funeste.

La réparation en une seule séance entraîne encore un autre péril, dont on ne parle peut-être pas assez. Je veux parler de la suffocation dans les heures qui suivent l'opération.

Il y a quelques années, je lus dans un journal américain le fait d'un jeune enfant mort subitement quelques heures après l'opération du bec-de-lièvre. On attribuait la mort à ce que la réunion, ayant simultanément fermé les narines et la lèvre supérieure, l'introduction de l'air était devenue impossible; cette interprétation me paraissait singulière, mais j'eus bientôt l'occasion d'en vérifier l'exactitude.

J'opérai, dans la clientèle de mon ami le docteur Letorsay, un enfant, âgé de deux mois, atteint de bec-de-lièvre double avec saillie

de l'os incisif. Après avoir réséqué ce dernier, je fis d'abord la sous-cloison avec le tubercule labial. Celui-ci était assez volumineux, aussi dus-je en exciser sur chaque bord une languette de quelques millimètres, sans quoi la cloison eût été difforme par sa trop grande largeur. Aussitôt après, je réunis par trois points de suture les deux moitiés de la lèvre ; la traction exercée sur celle-ci rapprocha en même temps de la ligne médiane les ailes du nez qui, de cette façon, vinrent s'appliquer sur les bords de la nouvelle sous-cloison. Ceci eut pour résultat l'occlusion complète des narines. L'ouverture comprise entre les deux moitiés de la lèvre supérieure disparut également par le fait de la réunion.

La restauration était satisfaisante et la respiration parut d'abord se faire sans difficultés, parce que l'enfant criait sous l'influence de la douleur ; lorsque les cris cessèrent, la suffocation survint. J'écartai les lèvres, l'enfant s'agita et respira de nouveau : mais le calme se rétablissant, les mouvements respiratoires se suspendirent de nouveau. Le phénomène s'étant reproduit plusieurs fois, j'en reconnus la cause. Quand l'enfant criait, il ouvrait la bouche en écartant les deux mâchoires et par conséquent les lèvres ; quand les cris cessaient, les deux lèvres se rapprochaient et l'entrée de l'air était suspendue, l'enfant n'ayant pas l'instinct d'écarter les deux mâchoires pour effectuer l'inspiration.

Nous recommandâmes à la mère de maintenir la bouche entr'ouverte artificiellement à l'aide du manche d'une cuiller, ce qui rétablissait aussitôt la respiration ; mais, ayant réfléchi que la précaution pouvait être négligée, que la mère pouvait s'endormir, que le maintien du corps étranger pouvait avoir des inconvénients, je crus plus prudent de rouvrir les narines en coupant les fils qui tenaient la sous-cloison. Le petit lambeau resta donc flottant au bout du nez.

Quelques semaines plus tard, M. Letorsay l'aviva à sa face profonde, ainsi que la partie correspondante du bord inférieur du vomer, et reconstitua de la sorte une sous-cloison convenable.

Je profiterai de cette occasion pour signaler une modification que j'ai apportée à l'extirpation du tubercule osseux. Au lieu de sectionner au même niveau et l'os et la muqueuse qui le recouvre, je conserve celle-ci et me contente d'énucléer le tubercule à l'aide d'un instrument mousse que je fais agir entre l'os et le périoste. Je donnerai une description plus complète de ce petit procédé.

M. GIRALDÈS. Ce que vient de dire M. Verneuil prouve une fois de plus les inconvénients qui surgissent lorsqu'on ferme le nez des opérés du bec-de-lièvre. Le petit lambeau qui se trouve au bout

du nez est insuffisant pour reconstituer la sous-cloison; il ne peut être utilisé dans cette restauration qu'en entraînant l'inconvénient de voir le nez se porter beaucoup trop en arrière. Quant au procédé de décortication du lobule médian, je le trouve très-ingénieux et je l'emploierais à l'occasion.

M. MARJOLIN. J'ai peine à croire que, dans le cas actuel, on puisse conserver l'os incisif. En énucléant le tubercule médian, ainsi que l'a indiqué M. Verneuil, il y aurait peut-être moins d'hémorrhagies et alors l'opération pourrait s'exécuter complètement en une seule fois.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire, DOLBEAU.

SEANCE DU 17 JUILLET 1867.

Présidence de M. Marjolin.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. Leroy d'Étiolles, qui envoie une note sur l'opération de l'ongle incarné et demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre titulaire.

La correspondance imprimée comprend les journaux de la semaine;

Le Bulletin de thérapeutique;

La thèse inaugurale de M. le Dr de Bonnefoux, Paris 1866, intitulée : *Du bichromate de potasse comme antisiphilitique.*

Réclamation. M. le Dr Leroux, chirurgien de l'hôpital civil de Versailles, adresse une lettre dans laquelle il proteste avec une certaine vivacité contre une phrase prononcée par M. Lefort, dans la séance du 26 juin (voir *Gazette des Hôpitaux*, 13 juillet, p. 327, la colonne).

M. Lefort, abordant la question de l'emploi du bichromate de potasse comme antisyphilitique, et après avoir emprunté au rapport de M. Dolbeau quelques passages d'une conversation relative à cet agent et datant de 1863, ajoute : « Je n'aurais rien à en dire si M. Leroux, dans une communication toute récente à la Société, n'avait semblé annoncer comme une nouveauté toute personnelle, l'usage du bichromate de potasse contre la syphilis. »

M. Leroux s'est ému de cette phrase qui, suivant lui, impliquerait qu'il a voulu s'approprier un fait qui ne lui appartient pas.

Jamais il n'a eu cette prétention, on ne la trouve exprimée ni dans le texte, ni dans l'esprit de sa communication à la Société de chirurgie, ni dans la thèse de son élève et ami, M. de Bonnefoux (7 août 1866), thèse faite précisément sous les auspices de M. Leroux et dans laquelle la question historique est traitée.

Ne voyant pas où M. Lefort a trouvé matière à une telle supposition, M. Leroux espère que notre collègue voudra bien lui-même reconnaître son erreur.

A l'occasion du procès-verbal,

M. GUERSANT déclare qu'il a opéré anciennement un enfant âgé de deux ans et demi, qui portait un bec-de-lièvre analogue à celui qui a été présenté par M. Marjolin. Je me suis bien trouvé, dit M. Guersant, d'enlever l'os incisif et de reconstituer la sous-cloison avec la peau du lobule médian. J'ai obtenu un très-beau succès avec ce procédé, qui appartient en définitif à Dupuytren.

M. GIRALDÈS informe la Société qu'elle vient de perdre un de ses membres associé étranger. Sir William Lawrens est mort le 5 juillet dernier, à l'âge de 84 ans.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. VERNEUIL soumet à l'examen de la Société un malade qu'il croit atteint de varices des vaisseaux lymphatiques superficiels. Il dépose sur le bureau l'observation suivante :

Eléphantiasis lymphatique du scrotum et des cuisses.

Le malade est atteint de gonflement chronique avec induration et hypertrophie cutanée du scrotum, des régions inguinales et des deux cuisses jusqu'au dessous des genoux. La peau épaissie est recouverte çà et là de saillies arrondies, fermes au toucher, sessiles, peu vasculaires, dont les unes sont manifestement dues

à l'hypertrophie des papilles, et dont les autres renferment certainement des dilatations ampulliformes des vaisseaux lymphatiques. Excoriées dans la marche par le frottement des vêtements ou piquées à leur sommet avec la pointe d'une aiguille, ces dernières laissent suinter en quantité variable, mais quelquefois très-abondante, un liquide citrin, légèrement visqueux, transparent, semblable à une légère solution de gomme. Dans le pli inguinal gauche, au centre d'un empâtement diffus, on observe deux ou trois saillies molles, violacées, fluctuantes, recouvertes d'une petite croûte et qui, à la chute de celle-ci laissent également écouler une grande quantité de liquide semblable au précédent.

Le malade n'a jamais quitté Paris; l'affection a débuté il y a deux ans, sans cause connue, par des douleurs assez violentes et un gonflement inflammatoire. A plusieurs reprises, il y a eu des recrudescences qui ont exigé le repos prolongé au lit, et qui ont toujours amené une augmentation du mal. On ne découvre nulle trace de dilatation variqueuse ni d'œdème; les deux pieds et le bas des jambes sont à l'état normal, le gonflement tend à s'accroître progressivement de haut en bas, le repos seul suffit, en quelques jours, pour diminuer la tuméfaction d'un tiers environ.

A première vue, l'état du scrotum et des cuisses rappelle les caractères de l'éléphantiasis des Arabes, mais un examen plus attentif fait rejeter cette hypothèse; car, outre que cette affection est très-rare sous notre latitude, dans le cas actuel on ne constate ni l'hypertrophie extrême de la peau, ni l'envahissement des pieds, tandis qu'en revanche les dilatations lymphatiques sont des plus évidentes.

Suivant M. Verneuil, il s'agit ici d'une variété tout à fait spéciale d'hypertrophie cutanée qu'il convient de rattacher à la dilatation des vaisseaux lymphatiques superficiels. Déjà l'on connaît trois formes de varices lymphatiques :

1° La dilatation des canaux intra-ganglionnaires et des gros troncs qui en sortent pour pénétrer dans l'abdomen, comme dans le cas d'anévrysme;

2° La dilatation des troncs principaux sous-cutanés,

3° La dilatation des réseaux les plus superficiels.

Sans doute, il s'agit ici d'une quatrième forme compliquée d'hypertrophie du derme et du tissu conjonctif sus-aponévrotique; on peut, à la rigueur, conserver à cette affection le nom générique d'éléphantiasis, en prenant pour base l'aspect extérieur. Mais il faut alors la distinguer des autres formes anatomiques de l'éléphantiasis, c'est-à-dire : 1° de l'éléphantiasis des Arabes; 2° de l'éléphantiasis vari-

queux ; 3° de l'éléphantiasis dû à l'hypertrophie isolée du tissu conjonctif sous-cutané sans altération notable de la peau, lésion bien décrite récemment par M. Guyot (de Lyon), et qui se rapproche de l'affection décrite par Valentine Mott, sous le nom de *pachydermocèle*.

M. DEMARQUAY. Je voudrais savoir si l'analyse du liquide a été faite ; j'admets bien qu'il y a ici dilatation des vaisseaux lymphatiques, mais il y a en plus un empâtement considérable des tissus qui appartient à l'éléphantiasis. Je ne puis admettre qu'il s'agisse d'une dilatation des réseaux superficiels ; la quantité de liquide qui s'est écoulé était relativement peu considérable ; enfin, ce même liquide ne sortait pas par jets, ainsi que cela s'observe dans les varices des réseaux lymphatiques superficiels. En résumé, si l'on admet dans le cas particulier qu'il y ait dilatation des lymphatiques, ce n'est point là la partie essentielle du mal, car il s'agit bien évidemment d'un éléphantiasis.

M. TRÉLAT. Je partage complètement l'opinion de M. Demarquay. Je ne vois chez le malade qui nous est présenté aucun des caractères établissant l'existence de varices superficielles ou profondes des lymphatiques du membre inférieur.

Lorsqu'il s'agit du réseau superficiel, le mal est ordinairement limité, l'écoulement du liquide est considérable et il se fait par jets. Lorsqu'au contraire il est question d'une dilatation des réseaux profonds, on trouve une tumeur circonscrite plus ou moins étendue, sans altération de la peau. Le diagnostic se fait alors avec les hernies, les lipomes, mais jamais on n'a songé à confondre ces maladies avec l'éléphantiasis. Dans le cas actuel, il s'agit d'une affection très-étendue, les tissus sont indurés et si, par places, on rencontre quelques dilatations lymphatiques, on trouve aussi des hypertrophies papillaires. Pour moi, il s'agit ici d'une variété d'éléphantiasis.

M. PERRIN. Je partage l'avis de nos deux collègues ; le malade est atteint d'une variété d'éléphantiasis. Je me fonde, pour émettre cette opinion : 1° sur la grande étendue du mal ; 2° sur son apparition simultanée dans les deux membres ; 3° sur sa progression de bas en haut. A côté de tous ces signes on trouve un symptôme qui démontre l'existence de varices lymphatiques, c'est la grande quantité de liquide qui s'est écoulé à plusieurs reprises. J'admets un éléphantiasis de nature peu connue, avec altération des lymphatiques.

M. PANAS. J'ai vu deux malades présentant un développement des

bourses pouvant faire admettre la dilatation des réseaux lymphatiques superficiels ; les malades n'avaient aucune espèce d'analogie avec celui qui nous est présenté. Chez le premier, la maladie était très-évidente, une simple piqûre produisait un jet de liquide légèrement opalin comme celui de l'hydrocèle spermatique.

Chez mon second malade, il s'agissait d'un gonflement du scrotum survenu à la suite d'une balanite : la ponction donna issue à un liquide légèrement louche, mais le microscope n'a pu déterminer s'il s'agissait de la lymphe ou d'une sérosité inflammatoire. M. Nélaton a pensé qu'il existait dans ce cas variété d'éléphantiasis. Chez mon malade, la compression a paru être de quelque utilité, mais je l'ai perdu de vue avant sa guérison complète.

M. DESPRÉS. Il est possible de nous entendre. Il y a chez le malade de M. Verneuil à la fois éléphantiasis et varices lymphatiques. Cela est connu en Allemagne et en Angleterre. J'ai trouvé la mention de maladies semblables dans le *Traité des tumeurs* de M. Virchow récemment traduit, et dans le seizième volume des *Transactions* de la Société pathologique de Londres, année 1866, sous le titre de *tumeur fibro-aréolaire avec varices lymphatiques*, observation de M. Carr Jackson. On rencontre, dans ce dernier recueil, l'histoire d'un jeune homme de 17 ans, d'une constitution lymphatique, qui, à la suite d'abcès de la paroi abdominale et des aines, a eu, après des poussées inflammatoires successives, une tuméfaction de toute la peau de la région interne de la cuisse. Sur cette partie on remarquait des dilatations variqueuses des vaisseaux lymphatiques, formant de petites tumeurs grosses comme de fortes têtes d'épingle. A la ponction, ces petites tumeurs ont donné issue à un liquide transparent et qui se coagulait. A l'examen microscopique, ce liquide a présenté tous les caractères de la lymphe.

Il y a un autre fait de ce genre dans les *Medico-chirurgical transactions* de Londres, pour l'année 1862, et cette fois, c'est le scrotum qui est envahi par l'éléphantiasis et les varices. Le fait est publié avec un dessin dans un article de M. V. Carter, sur la coïncidence de l'urine chyleuse avec les lésions des lymphatiques.

En somme, je trouve dans le malade qui nous est présenté un éléphantiasis dans ses premières périodes et sur lequel il existe, non plus des dilatations des vaisseaux lymphatiques, semblables à celles qui ont été vues par Beau, M. Lebert et M. Trélat, mais bien des dilatations avec hypertrophie telles qu'on en rencontre sur les veines dans les tumeurs hypertrophiques et cancéreuses.

Je me hâte d'ajouter que les travaux allemands et anglais sur l'éléphantiasis et ses relations avec un trouble de la circulation lymphatique, ont eu pour origine les mémoires français de Alard, en 1810 et 1824.

M. VERNEUIL. Je tiens compte des observations qui viennent de m'être présentées ; je reste convaincu que nous sommes en présence d'une affection mal décrite, mais dont l'aspect est véritablement spécial.

J'admettrais volontiers une quatrième variété de dilatation lymphatique avec hyperplasie des tissus voisins, en un mot, quelque chose de comparable à ce qui s'observe pour les varices proprement dites des membres inférieurs.

M. TRÉLAT. Nous sommes à peu près tous d'accord ; toute la question litigieuse est relative à la pathogénie de cette singulière affection. L'éléphantiasis est-il la conséquence d'une maladie des lymphatiques ; ou bien la dilatation des vaisseaux est-elle consécutive au développement des membres ? Il faut rester dans le doute, mais il y aurait grand intérêt à suivre le malade.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Fracture de la clavicule chez un vieillard, avec conservation des parties molles et sans déplacement

M. GUÉRIN présente une pièce pathologique et dépose l'observation suivante :

Les fractures de la clavicule sont, le plus souvent, si faciles à reconnaître qu'on peut, en quelque sorte, les diagnostiquer à distance, sans chercher la crépitation et la mobilité. Elles s'accompagnent, dans l'immense majorité des cas, d'un déplacement auquel les appareils les mieux entendus ne remédient qu'incomplètement.

Il existe pourtant dans la science un certain nombre de faits qui prouvent que le contraire peut être observé. Tout le monde sait en effet que chez les enfants on voit souvent des fractures sans déplacement, par suite de la conservation du périoste qui maintient les deux fragments bout à bout, sans que rien d'appréciable se produise ; mais ces faits sont très-rares chez l'adulte, plus rares encore chez le vieillard. C'est à cause de cette rareté que j'ai tenu à vous présenter la clavicule d'un homme de soixante ans, qui a succombé dans mon service à une pneumonie, peu de jours après l'accident qui avait produit la fracture de cet os.

Cet homme, nommé Jean Vignier, entra salle Saint-Augustin, le 26 juin dernier, se plaignant d'une douleur qu'il ressentait vers le milieu de la clavicule, mais qui n'était pas assez vive pour s'opposer aux mouvements du bras. M. Olivier, un de mes internes, m'a remis la note suivante, qui indique suffisamment, quoique brièvement, l'état du malade : « Point de déformation de l'épaule, pas d'ecchymose ; la région claviculaire n'est pas déformée ; il n'y a pas de sang épanché. » En faisant exécuter au bras quelques mouvements et appliquant la main sur la clavicule, M. Guérin perçoit une crépitation fine que l'on reproduit difficilement, et il diagnostique : une fracture de la clavicule, avec conservation du périoste et sans déplacement.

En suivant le trajet de l'os, il trouve, vers son tiers interne, un point douloureux qui est, suivant lui, le siège de la fracture.

Le malade ayant été admis à l'hôpital, la crépitation put être reproduite, et M. Guérin affirma qu'elle était indépendante des surfaces articulaires qui, par leur frottement, produisent parfois un bruit semblable.

Le 1^{er} juillet, le malade se plaignit d'oppression, et l'on reconnut une pneumonie, à laquelle il succomba quatre jours après.

La clavicule a été enlevée avec le muscle sous-clavier ; vous voyez qu'en l'appliquant sur une table, on peut exercer sur elle, de haut en bas, une pression presque violente sans la faire céder, tandis que si on relève ses deux extrémités en appuyant sur la partie moyenne, on constate une mobilité très-appreciable à un centimètre en dehors du faisceau claviculaire du muscle sterno-cléido-mastoidien. C'est dans ce sens seulement que l'on parvient à séparer les fragments l'un de l'autre, car on les presse d'avant en arrière sans parvenir à les mouvoir isolément et sans produire la crépitation.

Cette immobilité des fragments, qui ne cesse que lorsque les extrémités de la clavicule sont soulevées, explique comment j'ai pu donner lieu à la crépitation, en faisant mouvoir le bras plus facilement qu'en pressant les fragments de haut en bas, ou d'avant en arrière.

En examinant avec soin cette clavicule, on reconnaît qu'elle est fracturée un peu obliquement de dedans en dehors et de haut en bas, de sorte que le biseau du fragment interne est inférieur à celui de l'externe ; ce qui explique comment le muscle sterno-cléido-mastoidien, dont j'ai démontré ailleurs l'action sur le fragment interne de la clavicule fracturée, est impuissant à produire le déplacement ordinaire.

On voit aussi que le périoste et les autres parties molles qui entourent l'os sont restées parfaitement intactes.

M. DEMARQUAY. Blandin insistait sur les difficultés du diagnostic des fractures de la clavicule, et les observations démontrent la réalité de ce que vient d'avancer M. Guérin.

M. MARJOLIN. Lorsque le diagnostic est difficile, on peut avoir recours à un signe qui a été indiqué par Robert : en engage le malade à se soulever sur les deux poignets, et pendant qu'il fait effort, la main appliquée sur la clavicule perçoit très-aisément la crépitation. M. Guérin a eu raison de dire qu'on observe chez les enfants des fractures de clavicule sans déplacement; il est juste d'ajouter que, chez les jeunes sujets, cette variété constitue encore l'exception.

Une courte discussion s'engage entre MM. Guérin, Demarquay et Marjolin sur l'utilité et sur les inconvénients que peut présenter la recherche du signe indiqué par Robert, dans les cas de fracture douteuse de la clavicule. M. Guérin rappelle ses travaux sur les différentes causes qui s'opposent à la consolidation rectifiée des fractures de la clavicule.

La séance est close à cinq heures et demie.

Le Secrétaire, DOLBEAU.

SEANCE DU 24 JUILLET 1867.

Présidence de M. Marjolin.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance imprimée comprend :

Deux exemplaires de la thèse inaugurale de M. Théophile Anger, intitulée : *des Tumeurs érectiles lymphatiques ou adéno-lymphocèles*, envoyés pour le prix Duval.

Les journaux de la semaine.

MM. Robert et Colin mettent sous les yeux de la société un nouvel instrument dit : *Sangue artificielle pour le col de l'utérus*, construit sur les indications de M. le Dr Zayan de la Havane.

M. le Dr de Lazarewitch, professeur d'accouchement de l'Université de Kharkoff, fait hommage à la société d'une série de photographies représentant divers instruments pour les accouchements et pour les maladies des organes génitaux de la femme.

De plus, diverses thèses en langues russe, latine et française, relatives à l'obstétrique.

La correspondance manuscrite comprend la lettre suivante de M. le Dr Kuhn, de Gaillon (Eure) :

« Je reçois à l'instant, par la *Gazette des Hôpitaux*, le compte rendu de votre séance du 3 juillet dernier, et de la discussion sur le fait intéressant communiqué par M. Depaul. Sans vouloir revenir sur ce fait ni sur les remarques auxquelles il a donné lieu, je me permettrai, quoique un peu tard, de revenir sur les observations que j'ai adressées, le 24 septembre 1861, à l'Académie impériale de médecine, dans une note qui se trouve entre les mains du rapporteur nommé à cette occasion (M. Gosselin), dont le rapport n'est pas encore fait.

» Cette note renferme, entre autres, une observation d'hydrorachis à travers le périnée, au-devant de l'anus. Le sujet était un fœtus monstrueux, du genre *agénosome* (g. s. n.), c'est-à-dire sans trace extérieure visible d'organes génito-urinaires, de telle façon que la poche devait et surtout pouvait en imposer pour un scrotum.

» Ce fait, que j'ai observé et disséqué en 1837, est remarquable en ce que, malgré son siège au-dessous du périnée, la poche renfermait tous les éléments de l'hydrorachis central, c'est-à-dire formée par une accumulation de liquide dans l'épaisseur de la moelle. De cette façon, les parois de la poche comprenaient, non-seulement les téguments et les méninges, mais leur surface interne était encore tapissée par la moelle elle-même, distendue par le liquide et formant une mince pellicule accolée aux méninges, et des deux côtés de laquelle on voyait se détacher les dernières paires spinales, qui, de leurs points d'émergence, remontaient de *bas en haut* pour gagner leurs trous de conjugaison respectifs, en d'autres termes, c'était la queue de cheval à rebrousse-poil.

» Sans m'étendre ici davantage sur les causes et sur le mécanisme de l'élongation extraordinaire, dans certains cas, du spina-bifida central, circonstances que j'ai abordées dans la *note* ci-dessus indiquée, je pense que mon observation (dont le sujet, appartenant à M. J. Gué-

rin, doit encore exister au musée de Clamart) suffit, et au delà, pour établir la possibilité du siège de poches hydrorachiques au périnée.

» La proposition XI de ma note, adressée à l'Académie, relate un fait que je crois avoir découvert et qui me paraît de nature à jeter quelque jour sur certains points encore obscurs de l'étiologie des tumeurs qui font l'objet de vos discussions. Voici cette proposition :

« On rencontre chez beaucoup de sujets, et notamment chez ceux qui naissent avec des difformités musculaires des membres inférieurs, une *dépression infundibuliforme*, espèce de cicatrice en cul-de-poule, quelquefois très-profonde, toujours infiniment adhérente aux tissus fibreux de la colonne, et se continuant avec la membrane qui revêt l'orifice inférieur du canal sacré. Elle est toujours située sur la ligne médiane, vers le niveau de l'articulation sacro-coccygienne.

» La conformation singulière de cette cicatrice et son adhérence avec les tissus qui bouchent l'orifice inférieur du canal rachidien, permettent de supposer, non sans quelque raison, qu'elle est la trace d'une ancienne hydrorachis périphérique des premiers temps de la vie embryonnaire, ayant été ouverte et puis cicatrisée.

» Cette disposition est très-commune : on la rencontre une fois sur quatre ou cinq individus ; dans les établissements orthopédiques, la proportion est d'au moins un sur trois. »

« Je crois inutile, en présence des compétences toutes spéciales de la Société impériale de chirurgie, d'insister plus longtemps sur l'importance et la portée de ces faits relativement à l'étiologie des tumeurs actuellement en discussion.

» D^r F. A. KUHN. »

M. TARNIER. J'ai l'honneur de déposer sur le bureau de la Société de chirurgie, une brochure intitulée : *Un mot de réponse à la dernière brochure du D^r Chassagny*, par le docteur Berne, ex-chirurgien en chef de la Charité, professeur adjoint à l'École de médecine de Lyon. Le titre de ce travail fait penser à une polémique qui se serait élevée entre M. Berne et M. Chassagny ; on sait, en effet, que c'est à Lyon qu'est née la méthode des tractions mécaniques, continues, appliquées à la terminaison des accouchements difficiles, et tandis que M. Chassagny s'en déclare le partisan zélé, M. Berne n'en admet l'emploi qu'avec un assez grand nombre de restrictions. Ce débat a fourni à M. Berne l'occasion de publier la brochure que je présente à la Société et d'insérer dans ce travail, deux observations de rétrécissement du bassin où l'accouchement fut terminé heu-

rensement par la version. Ces faits ont une valeur incontestable, et sans préjuger la question, je puis dire qu'ils fourniront des documents importants pour la solution de la meilleure opération à appliquer dans les accouchements avec rétrécissement du bassin. Vous connaissez tous M. Berne, la position qu'il occupe à l'École de Lyon, et la notoriété qui s'attache à son nom est une garantie de la valeur scientifique des travaux qu'il nous envoie.

Dilatation variqueuse des lymphatiques.

M. Léon LABBÉ présente, au nom de M. Théophile Anger, ancien interne des hôpitaux, pour le concours du prix Duval, une thèse intitulée : *Des tumeurs érectiles lymphatiques ou adéno-lymphocèles*. Dans ce travail, M. Anger a étudié, d'une façon beaucoup plus complète que ses devanciers, les tumeurs dues à la dilatation des vaisseaux des ganglions lymphatiques. Au début de ses recherches, il a constaté que les vaisseaux qui constituent les ganglions lymphatiques, présentent des dispositions anatomiques qui n'avaient pas encore été signalées jusqu'à ce jour. Il a démontré que ces vaisseaux ne ressemblent en rien aux troncs lymphatiques. Les tubes cylindriques qu'ils représentent sont, à l'intérieur, cloisonnés en tous sens, par des lamelles minces qui leur donnent un aspect feutré, assez analogue à celui des sinus de la dure-mère. Au centre de ces cloisons, on aperçoit facilement un vaisseau sanguin dirigé dans l'axe du vaisseau lymphatique. C'est cette disposition normale, fort exagérée, que l'on retrouve dans les tumeurs dues au développement anormal des vaisseaux des ganglions lymphatiques, et cette disposition anatomique justifie la dénomination de *tumeurs érectiles lymphatiques*.

M. Labbé, ayant pris connaissance du compte rendu de la précédente séance, a été étonné de voir M. Verneuil donner des tumeurs lymphatiques la classification suivante : 1° varices du réseau superficiel ; 2° varices des troncs lymphatiques ; 3° varices intra-ganglionnaires ; parce que M. Verneuil, dans un article publié récemment dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, avait donné de ces mêmes tumeurs une autre classification, dans laquelle il reconnaissait les trois espèces suivantes : 1° dilatation du réseau lymphatique superficiel ou intra-dermique ; 2° dilatation des troncs sous-cutanés ; 3° dilatation des troncs sous-aponévrotiques. Ces deux classifications ne se correspondent pas ; il est bien évident que, dans la seconde, la première en date, il n'est pas question de la dilatation des vaisseaux intra-ganglionnaires. Or, dit M. Labbé, l'on sait que

c'est à M. Nélaton qu'est due la première description de ces tumeurs lymphatiques intra-ganglionnaires. L'examen d'une pièce anatomique, qu'il fit en commun avec M. Sappey, lui démontra le siège réel de la dilatation lymphatique. Le travail de M. Anger fait encore mieux connaître l'anatomie pathologique de ces lésions, mais il a eu pour point de départ les recherches de M. Nélaton.

Après le fait de M. Nélaton se place celui, communiqué en 1864, à la Société de chirurgie, par M. U. Trélat ; aussi M. Labbé a-t-il été étonné de voir ce chirurgien ne pas insister davantage, dans la dernière séance, sur la différence qui existe entre la dilatation des vaisseaux intra-ganglionnaires et celle des troncs lymphatiques. Le fait de M. Trélat a bien fait voir quelle gravité présentaient ces tumeurs lorsqu'elles s'enflamment. Son malade avait été opéré d'une très-petite fistule à l'anus, et il succomba aux suites de l'inflammation propagée aux tumeurs inguinales, puis aux troncs et aux ganglions lymphatiques intra-abdominaux.

Ces tumeurs s'observent rarement. On a prétendu qu'elles se développaient seulement chez les individus habitant les pays chauds, mais ce n'est pas une règle générale, et le malade, sujet de la principale observation du travail de M. Anger, n'a jamais quitté le nord de la France.

M. Léon Labbé termine sa communication par la présentation d'un malade normand d'origine (l'observation de ce malade est reproduite dans la thèse de M. Anger), qui porte dans les deux régions inguinales des tumeurs lymphatiques ganglionnaires. Au niveau du périnée existe en même temps une dilatation des troncs lymphatiques qui se rendent aux ganglions inguinaux, ce qui permet d'étudier comparativement et de bien voir la différence qui existe entre les tumeurs formées par la dilatation des troncs lymphatiques et celles constituées par la dilatation des vaisseaux des ganglions. Chez ce malade, on peut voir, au niveau de la partie droite du cou, les restes d'une tumeur analogue qui a considérablement diminué de volume, vraisemblablement par suite de la disparition du tissu adipeux qui entourait la tumeur. Le malade, qui avait autrefois beaucoup d'embonpoint, est réduit aujourd'hui à un assez grand état d'amaigrissement.

M. TRÉLAT. Dans la dernière séance, j'ai donné mon avis sur le malade que nous présentait M. Verneuil ; ce n'est qu'incidemment et sans vouloir les décrire que j'ai parlé des diverses espèces de varices lymphatiques. Je présenterai une simple remarque. On peut certainement considérer les tumeurs observées par M. Nélaton comme étant

constituées par la dilatation des réseaux ganglionnaires. Quant aux observations d'Amussat, de Breschet, celle que j'ai rapportée moi-même, on ne peut soutenir qu'il s'agisse seulement d'une affection ganglionnaire. Dans ces trois cas, outre les dilatations portant sur les vaisseaux des ganglions on observait des varices de tous les troncs lymphatiques ; je ne comprends donc point l'utilité de décrire à part une variété de varices lymphatiques qui siègeraient dans les ganglions.

Il y a, dans la communication de M. Labbé, un point intéressant, relatif à l'étiologie des tumeurs lymphatiques. Jusqu'ici on avait toujours invoqué l'origine insulaire de ces varices; cependant la malade observée par M. Gubler avait toujours habité la France, elle n'avait fait qu'un simple voyage à l'île Bourbon. Le malade présenté par M. Labbé n'a jamais quitté la France, et ce fait démontre que les varices lymphatiques ne constituent pas une maladie qui serait exclusive aux pays chauds.

M. Labbé accorde à M. Nélaton la priorité dans la détermination des varices lymphatiques. Lorsqu'on a lu la thèse de M. Binet et les diverses observations déjà mentionnées, on acquiert la conviction qu'il n'y a dans tout cela rien de nouveau. M. Nélaton a bien mis en lumière les caractères de certaines tumeurs lymphatiques, il a bien démontré les dangers qui sont inhérents à cette maladie, mais il y a une parenté tellement étroite entre les faits anciens et les observations modernes, qu'il me paraît équitable de reporter sur Amussat et Breschet l'honneur d'avoir décrit les premiers les tumeurs formées par des vaisseaux lymphatiques dilatés.

Je reviens au malade de M. Verneuil. En comparant sa maladie à celle qu'offre le sujet présenté aujourd'hui par M. Labbé, on peut bien se rendre compte de la grande différence qui existe entre ces deux cas pathologiques. M. Després, après diverses citations, nous a mentionné les travaux de Virchow ; j'ai lu le *Traité des Tumeurs*, et j'ai constaté que Virchow a des opinions confirmatives de celles que j'ai développées. Il range les éléphantiasis parmi les fibrômes, et il dit que dans ces hypertrophies on observe diverses manifestations, telles qu'ulcérations, obstructions et dilatations des lymphatiques, fistules lymphatiques, etc. On trouve même la dénomination suivante : éléphantiasis avec lymphorrhagie.

En somme, Virchow a décrit l'histoire de la maladie dont M. Verneuil nous a montré un exemple. Pour l'auteur allemand, c'est l'hypertrophie du tissu fibreux qui apparaît primitivement, les lésions lymphatiques ne sont que consécutives.

M. VERNEUIL. Il est vrai, comme l'a dit M. Labbé, que je n'ai point donné de nom aux dilatations des lymphatiques ganglionnaires. Cela tient à ce que cette variété de varices lymphatiques n'a point été démontrée par des faits positifs. J'ai décrit sous le nom de varices lymphatiques profondes la dilatation simultanée des lymphatiques de la paroi abdominale et des ganglions correspondants ; j'ai même imaginé une théorie ayant pour but d'expliquer comme quoi les varices procéderaient des vaisseaux de la cavité abdominale vers les ganglions.

Il y a une telle analogie entre les faits anciens et ceux qui ont été observés par M. Nélaton et ses élèves, que la priorité doit être attribuée à Amussat et à Breschet.

Je répondrai à M. Trélat que je trouve une certaine analogie entre mon malade et celui de M. Labbé. Je ne puis m'empêcher d'établir un rapprochement : Quelle différence y a-t-il entre les varices ampullaires de la veine saphène et ces varices qui s'accompagnent d'éléphantiasis du membre ? Cependant ce sont toujours des varices. Je pense qu'il en est de même pour les dilatations lymphatiques, et, dans cette hypothèse, il y aurait les varices lymphatiques simples et les varices avec hypertrophie éléphantiasique.

Deux mots maintenant pour vous signaler un fait relatif à mon malade. Depuis qu'il vous a été présenté, cet homme a eu divers accidents : une varice lymphatique s'est rompue, et le lit a été littéralement inondé. A la suite, nous avons observé un frisson et des rougeurs qui trahissaient l'inflammation des lymphatiques. Cette angioleucite a rendu apparents des réseaux exagérément développés, mais les ganglions n'ont point été pris, ce qui ferait admettre l'oblitération des troncs lymphatiques.

M. LABBÉ. Je persiste dans l'opinion que j'ai émise : il ne me paraît pas possible d'attribuer à Amussat la découverte des tumeurs lymphatiques ; il ne suffit point d'observer un fait, il faut encore l'interpréter. Follin dit très-nettement, dans son livre, que jamais Amussat n'a pensé à autre chose qu'à la dilatation des troncs lymphatiques. Nulle part, même dans les auteurs classiques, il n'est question de tumeur formée par la dilatation des réseaux lymphatiques ganglionnaires, et c'est M. Nélaton qui, le premier, a décrit cette variété importante de varices lymphatiques. La pièce qui a été déposée au musée par M. Trélat a été utilisée par M. Anger, et l'on a bien constaté la dilatation des réseaux ganglionnaires. M. Robin a vérifié l'exactitude de ce fait anatomique. Comme M. Verneuil, je

reconnais qu'il y a de l'analogie entre tous les faits qui ont été cités à plusieurs reprises, mais l'interprétation des auteurs a beaucoup varié. Quant à la dilatation concomitante des réseaux ganglionnaires et des troncs qui se rendent à ces ganglions, je suis loin de la nier, et on l'observe chez le malade que j'ai présenté.

M. TRÉLAT. Il est bien certain qu'Amussat s'était trompé; il avait fait une erreur de diagnostic; mais l'anatomie pathologique n'a rien laissé à désirer, la lésion a été bien interprétée et ce fait a été le point de départ des recherches ultérieures. On ignorait à cette époque l'existence des réseaux lymphatiques ganglionnaires, il est donc tout naturel que leur dilatation n'ait point été mentionnée.

M. VERNEUIL. La question peut facilement être précisée. Existe-t-il une observation qui démontre que les varices lymphatiques se développent primitivement et isolément dans les ganglions lymphatiques? je ne le crois pas. Au contraire, la dilatation simultanée des réseaux ganglionnaires et des troncs afférents est démontrée par l'autopsie. Jusqu'à démonstration il me paraît inutile d'admettre l'adénolymphocèle.

M. DESPRÈS. On ne peut démontrer que l'éléphantiasis soit le résultat des dilatations du système lymphatique, mais ces deux maladies sont corrélatives. Chez le malade de M. Verneuil, l'hypertrophie a été précédée d'inflammation des vaisseaux lymphatiques et vous avez pu voir les traces d'un bubon suppuré. N'y a-t-il qu'une coïncidence, je l'ignore; cependant je serais disposé à admettre qu'il s'agit d'une affection primitive des vaisseaux lymphatiques.

M. TRÉLAT. On a observé des varices lymphatiques anciennes sans hypertrophie éléphantiasique des membres. Pour conclure comme l'a fait M. Desprès, il faudrait des faits et je pense, pour ma part, qu'il est sage de rester dans le doute.

M. LABBÉ. Si comme le disait M. Trélat, Amussat et les auteurs qui l'ont suivi, ignoraient l'existence des réseaux ganglionnaires, cette circonstance est une preuve que les varices de ces réseaux ont été trouvées récemment. Il existe des varices lymphatiques qui portent tantôt sur des troncs, tantôt sur des réseaux; pourquoi M. Verneuil se refuserait-il à admettre les varices limitées aux ganglions? Je ne puis accepter pour ma part que les varices ganglionnaires soient la conséquence nécessaire de la dilatation des troncs afférents.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Tumeur de la racine du nez.

M. HOUEL présente à la Société un homme d'une trentaine d'années qui porte à la racine du nez, entre les deux yeux, et s'étendant jusque dans la région frontale, une tumeur oblongue qui a le volume environ d'un gros œuf de pigeon. Cette tumeur est irrégulière à sa surface, bosselée et sans changement notable de couleur à la peau ; les bosselles sont au nombre de deux principales, l'une est située sur la racine du nez, l'autre à la partie inférieure de la région frontale. Si on applique la main sur les tumeurs, on constate d'une manière évidente qu'elles battent, qu'il existe même un mouvement d'expansion assez marqué et l'application du stéthoscope fait reconnaître l'existence d'un bruit de souffle intermittent des plus évidents.

De chaque côté du nez se rendant dans la tumeur, on voit battre sous la peau les deux branches terminales dilatées des artères faciales, qui, au niveau de l'angle interne de l'œil s'anastomosent avec la branche dilatée de l'ophtalmique de Willis. Une compression exercée au niveau de l'anastomose de ses branches, fait cesser tous les battements de la tumeur, ainsi que le bruit de souffle, et si la tumeur est comprimée en même temps, on constate qu'elle est en partie réductible, car il reste une portion de la masse qui ne peut disparaître. La compression des deux carotides primitives ne modifie en rien les battements et le bruit de souffle.

Avec ces symptômes, la première idée qui se présente, c'est qu'il s'agit ici d'une tumeur érectile, mais le siège de la tumeur et certains caractères de son évolution font craindre à M. Houel que derrière il n'existe un encéphalocèle, c'est pour cette dernière raison qu'il demande l'avis de la Société. Ce qui fait admettre à M. Houel la possibilité d'un encéphalocèle à la surface duquel existerait une circulation plus active, comme cela a été déjà observé plusieurs fois, c'est que, en interrogeant le malade avec soin, on arrive à constater d'après le dire des parents, que, dès l'âge de deux ans, il portait à la racine du nez une petite tache rouge sous laquelle existait une tumeur faisant un léger relief. Cette tache et la tumeur seraient restées longtemps stationnaires, et depuis six ans seulement elles auraient grossi insensiblement de manière à prendre le volume qu'elles présentent aujourd'hui. Cette dernière circonstance serait cependant en faveur de l'existence d'une tumeur anévrysmale.

M. TARNIER. Les tumeurs de la racine du nez ont donné lieu à des erreurs graves, surtout lorsqu'il s'agissait d'enfants nouveau-nés. Dans le cas actuel, on a affaire à une tumeur qui n'a pris naissance qu'après la seconde année. Une tumeur traitée à la Clinique par M. Dubois, fut déclarée de nature érectile; M. Nélaton admit l'existence d'un encéphalocèle, enfin, M. Velpeau exprima une troisième opinion, qui fut confirmée par l'opération; il s'agissait d'un fibrôme.

M. TILLAUX. J'ai observé le malade qui vous est présenté en ce moment conjointement avec M. Gosselin; nous sommes tombés d'accord pour admettre l'existence d'une tumeur érectile artérielle. Dans ce cas, on pourrait employer les injections coagulantes.

M. LEFORT. La marche de cette tumeur, les symptômes auxquels elle donne lieu, tout est en faveur d'une tumeur érectile.

M. HOUEL. Quand on comprime l'artère faciale, le souffle disparaît et la tumeur se réduit, mais la compression de la carotide primitive est sans influence sur la tumeur; c'est là un fait qui attend son explication.

M. MARJOLIN. Il serait désirable de connaître à quelle époque ont apparu les battements dans la tumeur.

M. HOUEL. Les battements existent depuis douze ou quinze ans; la tumeur, qui était restée stationnaire, grossit depuis six ans.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. le docteur Lazarewitch présente une série d'instruments destinés aux opérations obstétricales.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire, DOLEAU.

SÉANCE DU 31 JUILLET 1867.

Présidence de M. Marjolin.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. Lefort qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux de la semaine ;

Le *Bulletin de thérapeutique*, 30 juillet 1867 ;

Le *Bulletin semestriel de la Société médico-chirurgicale d'Alexandrie* (Egypte), 1867 ;

Association médicale de la Sarthe, 25^e année ;

Traité pratique des maladies des ovaires et de leur traitement. — *Aperçu anatomique et physiologique de ces organes*. — *Ovariectomie*, par M. le docteur Boinet. Victor Masson, 1867, in-8°, 452 pages.

M. le docteur Léon Parisot adresse une demande pour être compris parmi les candidats aux places de membres correspondants. A l'appui de cette demande, M. Parisot envoie un mémoire inédit sur le traitement des enchondromes des doigts et des métacarpiens. (Commissaires : MM. Perrin, Desormeaux et Tillaux.)

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Panas présente à la Société un malade qui porte sur le gland un chancre phagédénique datant de deux mois et demi, accompagné d'un bubon douloureux. Ce chancre a tous les caractères du chancre mou ; la surface est suppurante et sans trace d'induration ; enfin, on a pu pratiquer une inoculation positive sur l'abdomen du malade. Tous ces caractères, dit M. Panas, conduisent à admettre l'existence d'un chancre simple, et cependant on rencontre, sur la peau et sur les muqueuses, les signes évidents d'une syphilis constitutionnelle. Il ne faudrait pas trop se hâter de conclure, on aurait même tort de croire qu'il s'agit d'un chancre mou suivi de vérole constitutionnelle ; en effet, on

trouve sur le reflet prépucciale une cicatrice indurée qui a succédé à un autre chancre.

En interrogeant le malade, on apprend qu'il a eu en même temps deux chancres, dont l'un, celui qui est encore à l'état d'ulcère, s'est développé trois ou quatre jours après les rapports sexuels, c'est-à-dire sans incubation notable. Le second n'est venu que quinze jours après; il a été très-simple, mais il a laissé après lui une induration qui persiste encore aujourd'hui. Ces deux chancres sont situés vis-à-vis l'un de l'autre, c'est ce qui a fait penser que l'un d'eux était le résultat d'une inoculation par voisinage; mais la marche si différente de ces deux ulcères suffit pour démontrer qu'il y a eu, en même temps, un chancre simple et un chancre syphilitique.

La situation réciproque des deux ulcères était très-favorable à la production du chancre mixte de M. Rollet, cependant le chancre induré, loin de s'inoculer, s'est au contraire cicatrisé très-rapidement.

M. Desprès. — La question du dualisme chancreux ne peut être jugée avec le malade qui nous est présenté; les renseignements sont insuffisants et on peut faire diverses hypothèses.

M. Panas. — Il est probable que la femme qui a infecté ce jeune homme portait en même temps un chancre mou et des plaques muqueuses. J'insiste sur ce fait qu'on aurait pu, dans le cas actuel, supposer que le chancre mou avait donné lieu à la syphilis constitutionnelle, tandis que l'examen attentif du malade a démontré l'existence d'un chancre induré. Le malade a contracté en même temps deux ulcères qui, par leur marche et par les conséquences qui en sont découlées, démontrent bien l'existence de deux virus distincts.

Hernie inguinale volumineuse enflammée.

M. Broca. — J'ai observé récemment un fait qui se rattache à un point embarrassant de la pratique chirurgicale. Il s'agissait d'une hernie inguinale volumineuse et enflammée. Voici, en quelques mots, l'histoire de mon malade. Cet homme présentait une hernie inguinale gauche; cette tumeur sortait et rentrait facilement, elle mesurait cinquante-quatre centimètres de circonférence. A plusieurs reprises, cette hernie, devenue irréductible, avait provoqué certains accidents qui s'étaient toujours terminés vingt-quatre ou trente-six heures plus tard, grâce à l'emploi des sangsues et des émollients. Tout récemment, les accidents reparurent pour la troisième fois; les sangsues et les cataplasmes n'amenèrent point la réduction de la

tumeur, et je fus appelé quarante-huit heures après le début des accidents. L'état du malade était grave, et la réduction me parut tout d'abord impossible, la petitesse du poulx ne permettant pas de songer à l'emploi du chloroforme; les vomissements étaient fécaloïdes, la constipation opiniâtre. La tumeur était peu douloureuse, elle était sonore et présentait un gros pédicule. Dans ces conditions, je crus devoir attendre, car ordinairement l'inflammation tombe d'elle-même et la hernie se réduit.

Le troisième jour, l'état général était tellement aggravé que la vie du malade nous parut compromise; je songeai à intervenir, quoique du côté de la hernie il n'y eût aucune menace de gangrène. Il n'y avait point de péritonite. Je me décidai à faire une opération, non pas pour lever un étranglement qui n'existait pas, mais pour faciliter la circulation en retour des organes contenus dans le scrotum. A l'exemple de plusieurs chirurgiens, je débridai l'anneau inguinal. Le malade étant endormi, je fis une incision de cinq centimètres et, sans ouvrir le sac, je débridai le canal inguinal dans une étendue de deux centimètres. La hernie fut laissée en place, tous les accidents cessèrent, et, dix heures après, la hernie rentrait d'elle-même. Cependant le malade ne put se relever, il succombait, trente-six heures après l'opération, sans avoir présenté la moindre réaction. J'ajouterai que j'ai cru devoir attribuer à des habitudes d'ivrognerie les troubles de la respiration qui ont toujours dominé l'état général de l'opéré.

M. Tillaux. — Depuis deux ans que j'ai le service de Bicêtre, j'ai observé un certain nombre de hernies volumineuses enflammées, je n'ai jamais pratiqué d'opération, et tous mes malades ont guéri.

M. Panas. — Dans les hernies enflammées, on craint toujours que la réduction ne soit accompagnée d'une péritonite.

J'ai fait des expériences ayant pour but de découvrir le mécanisme suivant lequel se développe l'inflammation du péritoine après la réduction de certaines hernies. Vous savez tous qu'après la mort, les liquides contenus dans les organes transsudent dans la cavité du péritoine, ceci est surtout très-évident pour le contenu de la vésicule biliaire. Partant de là, j'ai supposé qu'une anse d'intestin, privée de sa circulation capillaire, pouvait, après sa réduction, laisser filtrer les matières qu'elle contient et causer ainsi la péritonite.

Pour justifier cette théorie, j'ai fait l'expérience suivante sur un poulet. On lie une portion de l'intestin grêle; lorsque cette partie est privée de sa circulation, au point qu'on puisse la piquer

sans que le sang s'écoule, on place l'anse intestinale dans une solution de cyanure de potassium; puis on introduit, dans le bout supérieur de l'intestin, une solution de sulfate de fer qui bientôt transsude au travers de l'anse malade, en produisant la coloration bleue caractéristique. J'ai conclu de cette expérience que la partie de l'intestin qui avait été étranglée pouvait être assimilée à une membrane inerte, sans vie, qui ne s'oppose en aucune façon à la sortie des matières contenues.

On pourrait expliquer ainsi la péritonite qui succède à la réduction des hernies; cette théorie me paraît plus satisfaisante que celle de la péritonite par propagation.

M. Perrin. — Je tiens pour très-ingénieuses les expériences de M. Panas, mais notre confrère a-t-il fait la contre-épreuve, et s'est-il assuré que le même phénomène ne se passerait pas avec une anse d'intestin parfaitement sain. Ce que M. Panas appelle de la transsudation ressemble beaucoup au phénomène de l'endosmose.

M. Panas. — Je n'ai point fait la contre-épreuve. Dans la partie d'intestin qui était immergée, il y en avait nécessairement une portion saine; or, la partie malade laissait seule passer le sulfate de fer.

Entre une membrane vivante et une membrane morte, il y a une différence capitale. Grâce aux courants vasculaires, les matières contenues dans l'intestin ne peuvent pas traverser la paroi. Lorsque l'étranglement supprime ces courants vasculaires, la transsudation devient possible, et telle est la cause de la péritonite.

M. Trélat. — Les expériences de M. Panas sont très-intéressantes, mais l'interprétation peut varier; sans rejeter absolument la théorie de M. Panas, je ne puis m'empêcher de faire remarquer qu'il existe en clinique des preuves évidentes en faveur de la péritonite par propagation.

J'ai opéré autrefois, en présence de Malgaigne, un malade atteint de hernie enflammée, et présentant cet ensemble de symptômes auquel on a donné le nom de choléra herniaire. Mon malade mourut d'une péritonite par propagation. Chez une femme non opérée, atteinte de hernie crurale, la mort survint après quatre jours de temporisation, et l'autopsie démontra une péritonite par propagation; enfin, je mentionnerai un malade porteur d'une hernie enflammée, et qui guérit après une réduction incomplète de sa tumeur, obtenue pendant le sommeil anesthésique. Les trois exemples que je viens de citer démontrent que la hernie enflammée peut se terminer différemment, suivant les cas.

M. Broca. — L'exemple cité par M. Trélat démontre que le choléra herniaire peut avoir sa cause dans une péritonite qui se propage d'une hernie vers l'abdomen. Les mêmes accidents présentés par mon malade m'avaient semblé devoir être rapportés à l'alcoolisme. Les phénomènes graves, dont il est question en ce moment, paraissent se rattacher à l'étranglement plutôt qu'à l'inflammation. Il est vraiment singulier de voir une dépression si profonde arriver en quelques heures chez certains malades, alors qu'il en est d'autres qui restent plusieurs jours sans offrir rien de semblable. Je me rappelle un fait observé dans le service de Gerdy ; une hernie inguinale enflammée fut réduite par ce chirurgien ; le malade succombait vingt heures après, présentant tous les symptômes du choléra herniaire. L'autopsie démontra qu'il n'y avait pas de péritonite, et l'on fut obligé d'invoquer l'état nerveux pour expliquer cette mort rapide.

En rapprochant tous ces faits, on arrive à conclure qu'il existe certains individus chez lesquels les phénomènes, qui ont pris naissance à l'occasion d'une hernie irréductible, revêtent l'aspect cholérique et persistent, quoi qu'on fasse, entraînant ainsi la mort des individus.

M. Perrin. — Les accidents qui caractérisent le choléra herniaire sont très-fréquents chez les vieillards ; il me semble qu'il vaut mieux invoquer pour cause de ces accidents l'état général des sujets plutôt qu'une influence personnelle. Trois faits sont encore présents à ma mémoire ; dans un premier cas, malgré le rétablissement des garde-robes, l'adynamie a persisté et la mort a suivi l'opération. Chez les deux autres malades, on n'a point fait d'opération, il n'y a point eu de péritonite, et les mêmes phénomènes ont entraîné la mort. Il faut chercher l'explication d'un état aussi grave dans les troubles du système nerveux, entraînant à leur suite une perturbation des fonctions du cœur ; c'est, d'ailleurs, ce qui se passe pour les plaies de l'abdomen. Certains sujets succombent à la péritonite, mais chez d'autres la mort survient sans inflammation, et il faut l'expliquer par une perturbation du grand sympathique.

M. Tarnier. — Tous les membres de la Société sont d'accord pour admettre un ensemble symptomatologique, le choléra herniaire, caractérisé par le refroidissement, la petitesse du pouls, etc. Il faut éloigner l'idée d'un empoisonnement, car cette perturbation grave s'observe toutes les fois qu'il y a une blessure de la cavité abdominale. La rupture de l'utérus, la perforation des culs de sac du vagin s'annoncent immédiatement par des accidents absolument semblables à ceux qui appartiennent au choléra herniaire.

M. Broca. — Je ne pense pas que les vieillards soient plus prédisposés aux accidents graves dont il est question. A Bicêtre, j'ai vu tous mes malades guérir, et je croirais plus volontiers que le choléra herniaire s'observe de préférence chez les adultes.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire. DOLBEAU.

SÉANCE DU 6 . OUT 1867.

Présidence de M.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

Des demandes de congé adressées par MM. Foucher, Labbé, Blot, Giraldès et Perrin ;

Une lettre de M. le ministre de l'instruction publique annonçant à la Société l'attribution d'une somme de 600 francs ;

Une lettre de M. Gazeau, chef de clinique de M. Langlebert, relative à l'observation communiquée, dans la dernière séance, par M. Panas.

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux de la semaine ;

Les *Archives de médecine*, août 1867 ;

La *Gazette médicale de Strasbourg*, 25 juillet ;

Compte rendu des travaux de la Société impériale de Toulouse ;

Revue médicale de Toulouse ;

Journal de médecine de l'Ouest (Nantes) ;

M. le docteur Dudon envoie, pour le prix Duval, deux exemplaires de sa thèse, intitulée : *De l'uréthrotomie externe ;*

M. Depaul fait hommage d'une brochure importante, intitulée : *Expériences avec le cowpox ou vaccin animal*, compte rendu adressé au ministre de l'agriculture, du commerce, etc.

M. le secrétaire général donne lecture d'une lettre de M. Kuhn, dont voici la partie importante :

« I. Le *spina bifida* est constitué, soit par la hernie de la moelle épinière, soit simplement par la hernie des méninges, à travers une ouverture anormale du canal rachidien.

» II. Il reconnaît pour cause une accumulation de liquide, soit dans la cavité des méninges (hydrorachis extra-médullaire ou périphérique), soit dans l'épaisseur même de la moelle (hydrorachis centrale ou intra-médullaire).

» III. De là immédiatement cette différence capitale dans la composition des poches hydrorachiques, à savoir : que tantôt leurs parois sont exclusivement formées par les téguments et par les méninges, et que, d'autres fois, la couche intérieure de ces poches est constituée par la substance même de la moelle, dilatée par une accumulation de liquide dans son centre, et réduite en une simple coque ou pellicule.

» IV. Cette différence dans la composition anatomique de la poche hydrorachidienne (sans préjudice des lésions généralement plus graves qui accompagnent l'hydrorachis *centrale*) influe nécessairement sur les résultats de la ponction, attendu que, dans un cas, l'instrument ne peut éviter la moelle, tandis que, dans l'autre, il ne peut l'atteindre.

» V. J'ai tout lieu de croire, sans pouvoir, toutefois, affirmer la constance du fait, qu'il est possible, et souvent même facile, de distinguer, sur le vivant, l'hydrorachis *centrale* de l'hydrorachis *périphérique*, au moyen de pressions exercées sur la tumeur : dans le premier cas, on détermine instantanément de la paralysie dans le train inférieur, ce que l'on obtient difficilement dans les cas d'hydrorachis *périphérique*.

» VI. L'ouverture accidentelle du canal vertébral (celle qui livre passage à la poche hydrorachique), existe toujours sur la ligne médiane : elle résulte d'un écartement lent et successif, soit des arcs postérieurs (apophyses épineuses), soit des arcs antérieurs (corps) des vertèbres. De là une nouvelle distinction en *spina bifida postérieur* et en *spina bifida antérieur* (ce dernier infiniment rare). »

(Or, le cas de tumeur sous-périnéale rapporté dans ma dernière lettre à la Société impériale de chirurgie, est précisément une *hydrorachis centrale*, par *spina bifida antérieur* de la région lombo-sacrée ; c'est ce qui explique la situation de la poche hydrorachique en avant de l'orifice anal.)

» X. Le prolongement de la moelle épinière au-dessous de ses limites normales, dans le *spina bifida*, a été déjà constaté par plusieurs observateurs, M. Cruveilhier entre autres ; mais personne, que je sache, ne l'avait encore vue descendre au

» point de dépasser le niveau du plancher périnéal et de simuler
» un scrotum ! Avant d'avoir vu ce cas et constaté cette rétro-
» cession (voir ma précédente lettre) des nerfs de la queue de
» cheval, j'attribuais le prolongement de la moelle, dans le
» spina bifida, à la persistance d'un état embryonnaire ; mais si,
» comme tout me porte à le croire, cette élongation n'existe
» que dans l'hydrosachis *centrale* ou *intra-médullaire*, il y a
» évidemment une autre cause, inhérente à l'affection elle-
» même, à savoir : la force expansive du liquide épanché dans
» l'intérieur de la moelle. Comme le canal vertébral ne cède pas
» toujours, la distension ne peut s'opérer que dans le sens lon-
» gitudinal, et la moelle s'allonge jusqu'à ce qu'elle rencontre
» un point moins résistant, par où la tumeur s'échappe.

» XI. L'on rencontre chez beaucoup de sujets, et notamment
» chez la plupart de ceux qui naissent avec des difformités mus-
» culaires des membres inférieurs, une *dépression infundibu-*
» *liforme*, espèce de *cicatrice en cul-de-poule*, quelquefois
» très-profonde, toujours intimement adhérente aux tissus
» fibreux de la colonne, et se continuant avec la membrane qui
» revêt l'orifice inférieur du canal vertébral. Elle est toujours
» située sur la ligne médiane, vers le niveau de l'articulation
» sacro-coccygienne (un peu plus haut ou plus bas).

» La conformation singulière de cette cicatrice et son adhé-
» rence avec les tissus qui bouchent l'orifice inférieur du canal
» vertébral, permettent de supposer qu'elle est la trace d'une
» ancienne *hydrosachis périphérique* des premiers temps de
» la vie embryonnaire, ouverte accidentellement, et puis cica-
» trisée. — Cette disposition est très-commune ; je l'ai ren-
» contrée une fois sur quatre à cinq individus. Dans les établis-
» sements orthopédiques, elle se rencontre une fois sur trois. »

D'après ces données, la question du siège variable des tumeurs
hydrosachiques (un peu plus haut ou un peu plus bas, en avant
ou en arrière) s'explique tout naturellement. J'en dirai presque
autant de l'absence ou de la présence des *myélocytes* et autres
éléments constatés par le microscope. Celles de ces tumeurs,
originellement constituées par une *hydrosachis centrale*, ren-
fermeront, de toute nécessité, des éléments médullaires, tandis
qu'on n'en trouvera pas dans celles qui auront pour point de
départ une *hydrosachis périphérique*.

La fréquence de la *cicatrice infundibuliforme* que j'ai
signalée dans la région sacro-coccygienne, et que je crois être
la trace d'une ancienne hydrosachis extra-médullaire, ouverte
au dehors et puis cicatrisée, témoigne d'une grande prédisposi-
tion, à certaine phase de la vie embryonnaire, à une hydropisie
des méninges rachidiennes, et d'une bien faible résistance des
tissus qui ferment l'orifice inférieur du canal rachidien.

Si ma théorie est vraie, la plupart de ces tumeurs s'ouvrent au dehors et puis forment la cicatrice que je viens de signaler ; quelques-unes, s'engageant entre les tissus du plancher périméal, constituent probablement la majeure partie des tumeurs qui font l'objet de la discussion pendante devant la Société. Je le répète, leur différence de siège dépend surtout du point d'où elles émergent de la colonne vertébrale ; et leur différence de composition dépend, du moins en partie, de ce qu'elles sont constituées ou par une hydrorachis centrale, ou par une hydrorachis périphérique.

M. le président informe la Société qu'une demande, signée de onze membres, a été déposée sur le bureau. Les signataires émettent le désir que la Société prenne chaque année un congé de deux mois, du 15 août au 15 octobre. Cette demande sera discutée en comité secret.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Bec-de-lièvre opéré.

M. Depaul. Je désire faire constater, par les membres de la Société, le résultat d'une opération de bec-de-lièvre, par le procédé ancien. Il s'agit d'un enfant qui m'a été adressé par M. Marjolin. Ce petit être, âgé de quatre jours, portait un bec-de-lièvre, à gauche, compliqué de division de la voûte palatine. L'os incisif m'a paru manquer ; les deux lèvres de la division étaient très-adhérentes ; la cloison du nez était presque transversale.

L'opération a été exécutée de la manière suivante : décollement très-étendu, de façon à libérer complètement la cloison ; avivement très-complet, avec les ciseaux, des deux lèvres ; deux points de suture entortillée.

Le résultat obtenu me paraît démontrer : 1° qu'on peut opérer les nouveau-nés avec avantage ; 2° que la vieille manière peut donner de bons résultats.

M. Desormeaux. Je crois que M. Depaul a raison d'opérer les becs-de-lièvre dès la naissance. Je trouve le procédé opératoire employé moins parfait que d'autres ; j'aime mieux la méthode à lambeaux et la suture à points séparés avec des fils d'argent.

Le petit malade qui nous est présenté porte sur la lèvre restaurée une légère encoche, qui s'accusera encore davantage avec le temps.

Quant à l'os incisif, il existe du côté opposé à la division des parties molles.

M. Trélat. Je conçois que le résultat obtenu par M. Depaul soit de nature à confirmer notre collègue dans la bonne opinion qu'il a du procédé ancien. Pour ma part, je crois les fils métalliques plus avantageux que les épingles.

M. Depaul. J'ai opéré un bon nombre d'enfants ; j'en revois quelques-uns qui sont aujourd'hui de grands garçons. Je puis affirmer, d'après mon expérience, que l'encoche, dont a parlé M. Désormeaux, ne se produira pas ultérieurement. Les bons résultats que j'obtiens sont dus à deux circonstances que je crois capitales : 1° je fais un large décollement des parties à rapprocher ; 2° je fais un large avivement des lèvres, afin d'affronter de larges surfaces saignantes.

M. Trélat. — Je viens apporter une preuve à l'appui de ce que vient de dire M. Depaul. Oui, il faut aviver très-largement ; dans un cas, j'ai avivé avec parcimonie, j'ai conservé une partie de ces téguments colorés qui bordent le bec-de-lièvre. Le résultat de mon opération a été bon ; la lèvre est régulière, mais la cicatrice est rosée, et il y a là une difformité de coloration qui nécessitera une nouvelle opération.

PRÉSENTATION DE PIÈCES PATHOLOGIQUES.

Femme primipare. — Accouchement naturel à terme. —
Encéphalocèle du volume d'un œuf de poule, située à la
racine du nez. — Mort douze heures après la naissance.
— Autopsie.

M. Depaul soumet à la Société un exemple d'encéphalocèle de la racine du nez. Il remet l'observation suivante recueillie par le Dr Bailly, chef de clinique.

Le poids et le volume du tronc et des membres de cet enfant sont ceux d'un fœtus à terme.

Leur conformation et celle des viscères sont parfaitement naturelles.

Le crâne, sensiblement symétrique, présente un développement fort inférieur aux dimensions du crâne d'un enfant régulièrement conformé ; on y retrouve l'aspect caractéristique de la tête des anencéphales.

Les parties molles extérieures ont une épaisseur et une coloration normales, et, en explorant attentivement la boîte osseuse avec la main, on peut s'assurer qu'elle est moins régulièrement sphérique, plus anguleuse ; que ses protubérances sont plus accusées qu'on ne l'observe dans les conditions d'un développement régulier.

La conformation de la face est naturelle, sauf l'existence d'une tumeur pédiculée insérée dans le fond de la dépression fronto-nasale.

Cette tumeur, du volume d'un œuf de poule et d'un rouge foncé livide, est formée de quatre lobes inégaux qui tombent en s'étalant sur la face, de manière à couvrir et à masquer complètement les yeux, le nez et le sommet des joues. La disposition de cette tumeur rappelle assez exactement celle de la crête pendante de certains gallinacés.

Le pédicule de la tumeur, du volume du pouce d'un adulte, au moins, correspond exactement à la suture fronto-nasale. Il est situé sur la ligne médiane, un peu plus rapproché pourtant de l'angle interne de l'œil droit que du gauche.

Des quatre lobes qui composent la tumeur, et que séparent des scissures profondes, trois sont situés à gauche et ont une forme digitée, le quatrième beaucoup plus volumineux est irrégulièrement sphéroïdal. Tous sont recouverts d'un épiderme très-fin, qui adhère faiblement à une couche membraneuse, plus épaisse, mollasse, d'un rouge foncé vineux, qui paraît formé par le derme cutané doublé des méninges.

Le cuir chevelu et les parties molles sous-jacentes étant décollés, on trouve la voûte formée de tous les os qui la composent normalement, seulement ces derniers ont peu d'étendue et un aspect bosselé déjà signalé. Les sutures et les fontanelles offrent également une disposition naturelle.

Après avoir enlevé la calotte crânienne par une section circulaire faite au-dessous des bosses frontales et pariétales, on est frappé des dispositions suivantes :

La faux du cerveau paraît manquer entièrement ; aucun repli quelconque de la dure-mère n'apparaît sur la ligne médiane du crâne. Le sinus longitudinal supérieur, déjeté à droite, traverse obliquement la face interne du pariétal de ce côté.

La masse encéphalique qui s'offre à la vue, et que couvrent de nombreuses circonvolutions, ne présente pas de scissure médiane. Elle est formée uniquement par l'hémisphère gauche du cerveau, renversé sur sa face interne, et étalé de manière à couvrir toute la base du crâne. En soulevant cet hémisphère, on découvre le fond de la scissure médiane du cerveau et la face supérieure du corps calleux, surmontée d'une bandelette fibreuse étroite qui, s'insérant à l'extrémité inférieure de la suture bifrontale, va se confondre en arrière avec la voûte du cervelet. Par sa position et ses insertions, cette bandelette paraît bien être un vestige de la faux du cerveau.

La moitié droite du cerveau est représentée par un double noyau de substance nerveuse, qui paraît être la couche optique et le corps strié. L'extrémité antérieure de ce dernier s'enfonce

dans une dépression, qui vient aboutir à une ouverture située au-dessus de l'apophyse *crista-galli*, et conduit dans la cavité du lobe principal de la tumeur extérieure. On trouve dans cette cavité un noyau de substance cérébrale, du volume d'une olive, qui semble être le rudiment de l'hémisphère droit, lequel fait défaut dans la boîte crânienne.

Les trois lobes gauches, ou petits lobes de la tumeur faciale, ne contiennent pas de substance nerveuse, mais seulement une expansion molle des enveloppes cérébrales. J'ai lieu de croire que ce prolongement méningien sort du crâne par une ouverture distincte de celle qui livre passage à la masse nerveuse du côté droit ; je n'ai pu encore vérifier la disposition réelle de cette ouverture, à cause de la diffuence du cerveau qu'une recherche de cette nature aurait entièrement désorganisé.

Une immersion suffisamment prolongée dans une solution d'acide chromique, en raffermissant la pulpe cérébrale, permettra de compléter prochainement la dissection.

Une tente fibreuse, régulièrement disposée, couvre un cerveau presque rudimentaire, dont l'examen complet sera fait ultérieurement pour les raisons exposées précédemment.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 14 AOÛT 1867.

Présidence de M. Marjolin.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

À propos de la correspondance, M. Després informe la Société qu'il a eu le malheur de perdre une malade pendant l'administration du chloroforme. L'autopsie sera faite et l'observation sera ultérieurement communiquée.

M. le docteur Rauchfuss (de Saint-Petersbourg) communique : 1° l'observation d'un fibrôme de la corde vocale gauche avec extirpation suivie de guérison ; 2° un projet d'aménagement

pour un hôpital d'enfants. (Renvoyé à une commission composée de MM. Le Fort, Boinet et Guérin.)

M. Laborie profite de l'occasion pour informer la Société qu'un projet très-analogue à celui de M. le docteur Rauchfuss est actuellement en voie d'exécution, comme annexe, à l'hôpital de Vincennes.

M. Marjolin. Depuis bien des années, nous réclamons des améliorations indispensables dans nos hôpitaux d'enfants; il est fâcheux de constater que toutes ces modifications sont adoptées à l'étranger, et même en France, mais dans les établissements qui ne ressortissent point de l'Assistance publique.

RECTIFICATION.

M. Panas. Dans la dernière séance, la Société a bien voulu me prier d'examiner une lettre de M. Charles Cazeau, étudiant en médecine. Cette lettre avait trait à la communication faite par moi.

J'ai questionné de nouveau mon malade, et j'ai acquis la certitude que rien ne peut confirmer les assertions contradictoires de M. Cazeau. Je persiste donc dans l'interprétation des faits telle que je l'ai donnée en soumettant le malade à votre examen.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. Cruveilhier présente un malade qui a subi l'extirpation de l'astragale consécutivement à une luxation de cet os. L'observation est renvoyée à la commission déjà nommée pour examiner les travaux de M. Cruveilhier.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

M. Amédée Tardieu, interne des hôpitaux, présente un nouvel instrument destiné à la compression des artères. (Commissaires : MM. Broca, Tillaux et Labbé.)

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Verneuil présente une tumeur fibro-plastique très-volumineuse récidivée dans la région fessière. Cette tumeur a été enlevée en combinant l'action du galvano-cautère et celle de l'écraseur linéaire.

A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le Secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 21 AOÛT 1867.

Présidence de M. Legouest.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

M. Giraldès offre à la Société, de la part de l'auteur, une brochure intitulée : « The hunterian oration for the year 1867, by John Hilton. »

M. le **Président**. L'un de nos correspondants, M. le docteur Gaujot, m'a chargé de faire à la Société l'hommage du premier volume d'un ouvrage important qu'il publie sous le nom « d'Arsenal de la chirurgie contemporaine. » Ce livre, destiné à un grand succès, contient la description, le mode d'emploi et une appréciation judicieuse des appareils et instruments en usage pour le diagnostic et le traitement des maladies chirurgicales. L'orthopédie, la prothèse, les opérations simples, générales, spéciales et obstétricales sont successivement passées en revue.

A propos de la correspondance, M. le secrétaire donne lecture de l'observation suivante, qui a été adressée par M. Després.

**Observation d'asphyxie à la suite de l'application
du chloroforme.**

Marie M..., née à Saint-Florentin (Yonne), âgée de 19 ans, couturière, atteinte de végétations de la vulve et du vagin, survenues à la suite d'une vaginite et d'excoriations de la vulve ; d'une constitution assez bonne, ayant le teint mat et un peu violacé, n'ayant jamais rien présenté d'extraordinaire du côté de la poitrine, a été endormie une première fois, sur sa demande, pour se faire opérer de ses végétations, le 24 juillet dernier. L'anesthésie a été obtenue assez facilement et rien de particulier n'a été noté, si ce n'est que la petite malade a prononcé, pendant son sommeil et avec volubilité, le mot *zap*, ce qui était une variété d'aphasie. La malade réveillée voulut retourner seule à son lit.

Les végétations ayant repoussé rapidement, M. Després les

coupa à deux reprises, un petit nombre à la fois et sans chloroformer la malade. Mais celle-ci, très-pusillanime d'ailleurs, se refusa à se prêter aux excisions partielles et demanda avec insistance à être endormie de nouveau.

Le 14 août, huit jours après la cessation de ses règles, la jeune fille vint pour se faire opérer et monta sur le lit au spéculum où elle s'est couchée dans une position horizontale, les pieds reposant sur les pédales du lit.

L'externe du service donna le chloroforme à la malade ; il versa sur une compresse pliée en quatre quelques gouttes de chloroforme, de façon à faire une tache sur ce linge de l'étendue d'une pièce de cinq francs, puis il promena la compresse au-devant du nez et de la bouche de la malade à une distance de trois centimètres. Il n'y avait pas une demi-minute que la malade respirait ainsi, qu'elle se mit à trépigner. M. Després fit aussitôt suspendre le chloroforme. A ce moment, le pouls battait bien, la respiration se faisait. Tout à coup, la malade rendit ses urines, sa face se congestionna et la respiration se suspendit. Aussitôt de l'eau fut jetée sur le visage de la malade, pendant que le chirurgien attirait la base de la langue en avant et plaçait la tête de la malade en bas. Une respiration fut enfin obtenue, puis tout s'arrêta encore. Comme la face était violacée, M. Després remplaça la malade sur le lit et pratiqua la respiration artificielle par des pressions méthodiques sur le thorax. Une nouvelle inspiration, plus profonde que la première, eut lieu, puis une seconde et la face devenait un peu moins violacée, mais le pouls ne reparaisait pas. Grâce à la respiration artificielle, la tête étant en bas ou reposant sur le lit, quatre respirations furent encore obtenues en huit minutes. Malgré tous les efforts continués pendant plus d'une demi-heure, le refroidissement des extrémités est survenu et la mort s'est confirmée. L'insufflation de bouche à bouche a été tentée sans succès.

Le chloroforme, analysé par M. Morin, pharmacien en chef de l'hôpital, a été trouvé très-pur.

Ces détails ont été recueillis par mon interne ; j'ai pratiqué moi-même l'autopsie de ma malade et voici ce que j'ai trouvé :

Dans le cerveau, il y avait du sang noir dans les veines des circonvolutions cérébrales, la substance grise était congestionnée. Il y avait du piqueté dans la substance blanche des hémisphères et dans la protubérance annulaire dont les vaisseaux contenaient de petits caillots filiformes.

Les poumons étaient congestionnés, leurs vaisseaux renfermaient du sang noir, visqueux et le tissu pulmonaire se déchirait facilement. Les bronches contenaient un peu d'écume rosée. Il n'y avait aucune adhérence pleurale.

Le cœur était flasque, il était très-gros ; il paraissait plus

large qu'à l'état normal. Les cavités ventriculaires, droite et gauche, augmentées de capacité, renfermaient à peu près une cuillerée à café de sang noir. Les fibres musculaires du cœur, examinées au microscope, présentaient un degré assez avancé de la substitution graisseuse.

Il y avait environ 60 grammes de sérosité dans le péricarde.

Il n'y avait point de lésions valvulaires.

A la bifurcation des bronches, il y avait trois ganglions bronchiques très-hypertrophiés; l'un avait le volume d'un rein de mouton et les deux autres le volume d'une noix. Le plus gros adhérait intimement à la face postérieure de la bronche droite. Le nerf pneumogastrique de ce côté était adhérent à ce ganglion; les deux autres ganglions, situés au-dessous, n'étaient pas adhérents aux parties voisines. Le premier ganglion renfermait à son centre un tubercule crétacé, du volume d'une noisette, entouré d'une substance molle, pulpeuse et violacée. Les deux autres ganglions offraient à la coupe une coloration violacée, et toute distinction entre les substances centrales et corticales avait disparu.

Le foie était notablement augmenté de volume et congestionné. La rate avait plus du double de son volume normal; elle était granuleuse à la surface, et, à l'intérieur, on distinguait nettement ses cloisons hypertrophiées.

Les deux reins étaient congestionnés; un seul ganglion lymphatique périphérique était engorgé, et c'était un des ganglions inguinaux du côté gauche. Deux ganglions, situés au voisinage de la rate étaient hypertrophiés.

Le sang recueilli entre deux ligatures dans une portion de la veine saphène interne, renfermait une proportion de globules blancs plus considérable que dans le sang sain.

Il résulte de cette autopsie que la malade a présenté les caractères anatomo-pathologiques de l'asphyxie. Que la congestion pulmonaire ou la congestion cérébrale ait précédé l'une ou l'autre, il importe peu; l'anesthésie chloroformique procède toujours de la même façon, en congestionnant les poumons et le cerveau à la manière des vapeurs alcooliques. Les choses se sont passées dans cet ordre chez notre malade; mais, comme il s'agissait d'une femme atteinte de diverses lésions qu'on peut rapporter à une leucocythémie, comme il y avait un cœur graisseux et une compression exercée sur une pneumo-gastrique au niveau du plexus pulmonaire, on conçoit que lorsqu'il a fallu résister aux effets du chloroforme, le cœur de la malade et même son sang se soient trouvés impuissants. Et cela nous explique pourquoi nous n'avons pu produire que quelques mouvements respiratoires. Enfin, pour donner la raison de la mort de la malade, le 14 août plutôt que le 24 juillet, époque de la pre-

mière anesthésie chloroformique, à défaut d'invoquer la chaleur excessive qu'il a fait le 14 août, je dirai que l'on reconnaît l'existence de dispositions journalières qui permettent de tolérer un jour ce qu'on ne peut supporter le lendemain, que ce soit du chloroforme, de l'iode ou de la belladone, et que, jusqu'ici cependant, rien n'indique les mutations quotidiennes des dispositions individuelles contre lesquelles on ne peut pas se mettre en garde.

M. Broca. — Je saisis l'occasion qui m'est fournie pour communiquer à la Société la relation d'une mort par le chloroforme, survenue dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine. Le fait dont il s'agit est intéressant à plusieurs titres; j'ai l'honneur de déposer l'observation sur le bureau.

Observation d'un cas de mort par le chloroforme.

Le nommé Joseph B....., âgé de dix-sept ans, entrant, le 20 octobre 1865, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Christophe, n° 13, pour se faire opérer d'une tumeur du cou.

Cette tumeur, du volume d'un œuf de poule, et située sur la ligne médiane antérieure du cou, en avant et au-dessus du larynx, avait paru quatre ans auparavant et depuis lors avait fait des progrès continuels.

Je diagnostiquai un kyste sébacé profond, adhérent à la membrane thyroïdienne; ces sortes de tumeurs, renfermant de la graisse et des poils, récidivent constamment lorsqu'on les traite par toute méthode autre que l'extirpation. L'extirpation fut donc résolue (31 octobre 1866).

Prévoyant toutefois le cas où mon diagnostic serait inexact, et où le kyste serait séreux, j'avais fait préparer les instruments nécessaires pour l'injection iodée et je fis tout d'abord une ponction avec un court trocart. Il ne sortit que de la matière sébacée, et retirant aussitôt le trocart, je me mis en mesure d'endormir le malade pour procéder à l'extirpation. J'administrerai moi-même le chloroforme; mais la ponction préliminaire, en détournant mon attention sur la question de diagnostic, m'avait malheureusement fait négliger la précaution que je prends toujours d'ausculter le cœur avant de donner le chloroforme.

Dès que le sommeil fut obtenu, je commençai l'opération et, quoique l'opéré s'agitât quelque peu, je pus disséquer, sans trop de difficulté, toute la surface antérieure et latérale de la tumeur. Mais, au moment où je me disposais à disséquer sa face profonde, l'opéré se souleva violemment, lutta avec nous en vociférant, et rendit impossible, pendant quelques instants, la continuation de l'opération. Lorsqu'il fut un peu plus calme, je dis à mes aides

de le maintenir, et je voulus donner les quelques coups de bistouri qui devaient terminer l'opération; mais l'excitation du chloroforme avait décuplé ses forces, et, au premier coup de bistouri, il recommença la lutte. Il s'en fallait de si peu que l'opération fût terminée qu'il me répugnait d'administrer de nouveau le chloroforme; j'invitai donc mes aides à redoubler d'énergie, et d'un dernier coup de tranchant, j'achevai la dissection de la tumeur.

Aussitôt, une énorme veine, située à la partie inférieure de la plaie, donna du sang en abondance, et je me disposais à saisir ce vaisseau, sur lequel un interne avait mis le doigt, lorsque tout à coup l'opéré, bondissant sur sa couche, malgré les aides qui l'entouraient, se dégagea de nos mains. Les efforts qu'il faisait augmentaient l'intensité de l'hémorrhagie, que nous ne pouvions arrêter qu'en appliquant un fil sur la veine, opération que l'agitation de l'opéré fit échouer plusieurs fois. Le sang coulait toujours rapidement, et si j'avais attendu que le calme fût rétabli pour lier le vaisseau, l'hémorrhagie aurait pu devenir mortelle. Je me décidai donc à ramener l'immobilité par l'administration d'une nouvelle dose de chloroforme. Comme la première fois, je tins moi-même la compresse sous le nez de l'opéré. Au bout de quelques aspirations, les contractions musculaires devinrent moins fortes; un aide put remettre le doigt dans la plaie et arrêter le sang en comprimant la veine béante, et lorsque enfin le sommeil fut revenu, je pus procéder à la ligature de la veine.

J'aperçus aisément, dans la partie profonde et inférieure de la plaie, l'orifice de ce vaisseau, que je saisis avec une pince; mais ma pince n'ayant saisi que l'un des bords de la veine, qui était plus grosse qu'une plume à écrire, la traction que j'exerçai pour donner prise à la ligature, rendit l'ouverture béante. Or cette région est une de celles où les chirurgiens craignent l'introduction de l'air dans les veines. Je me hâtai donc de lâcher prise en disant à l'aide : Gare l'air ! — Il mit aussitôt le doigt sur l'ouverture de la veine, et lorsque, sur un signe que je lui fis, il ôta son doigt, je pus, avec une grosse pince, saisir d'un seul coup tout le vaisseau, sur lequel une ligature fut ensuite pratiquée sans difficulté.

Le jeune homme respirait bien, le pouls était toujours bon, le sang ne coulait plus; j'épongeai la région du cou, et je me disposai à faire le pansement, tout en disant aux élèves combien j'avais craint que l'air s'introduisît dans les veines; plusieurs minutes s'étaient déjà écoulées depuis que l'inhalation du chloroforme avait été suspendue, lorsque tout à coup l'aide que j'avais chargé d'explorer le pouls, et qui avait tenu constamment le doigt sur l'artère radiale, s'écria que les battements venaient de

s'arrêter subitement. La respiration, pourtant, continuait encore : nous eûmes recours immédiatement à tous les moyens excitants usités en pareil cas : flagellations, eau froide projetée sur le visage, frictions sur les membres. Ce fut en vain ; la respiration se ralentit et s'arrêta au bout de quelques instants. Nous pratiquâmes la respiration artificielle à l'aide de pressions alternant avec des insufflations bouche à bouche, puis avec des insufflations au travers d'un tube introduit dans le larynx. Pendant ce temps, on préparait une pile qu'on avait dû aller emprunter dans un service de médecine. La galvanisation du diaphragme produisit des inspirations assez étendues ; à plusieurs reprises le corps parut se ranimer ; il y eut même quelques inspirations spontanées qui nous donnèrent un peu d'espoir, mais peu à peu les muscles respirateurs perdirent leur force, et après avoir maintenu pendant plus d'une demi-heure la respiration artificielle, j'eus la douleur de constater que la mort était définitive. Il s'était écoulé environ trois quarts d'heure depuis que le pouls radial avait cessé de battre.

Les phénomènes que je viens de décrire me parurent devoir être attribués à l'introduction de l'air dans les veines plutôt qu'à l'action du chloroforme. J'étais peut-être influencé, dans cette appréciation, par le souvenir de l'émotion que j'avais éprouvée en voyant une grosse veine devenir largement béante au fond d'une plaie du cou. Mais ce qui me portait surtout à admettre ce diagnostic, c'était la circonstance que les accidents s'étaient produits tout à coup, plusieurs minutes après la cessation de l'inhalation du chloroforme, à un moment où tout paraissait rentré dans l'ordre. J'inscrivis donc sur la feuille du décès, comme cause probable de la mort : « Introduction de l'air dans les veines pendant une opération pratiquée sur la région cervicale. »

Mais cette opinion fut réfutée par les résultats de l'autopsie. Le cœur ne renfermait pas de sang spumeux ; il n'y en avait pas davantage dans les divisions de l'artère pulmonaire. Il n'y avait de caillot, ni dans le cœur droit, ni dans le cœur gauche.

Dès lors, je dus renoncer à ma première explication, et inscrire comme cause de la mort, sur la feuille de statistique, l'inhalation du chloroforme.

L'examen du cœur montra que la valvule mitrale était le siège d'un épaissement notable ; elle ne paraissait cependant pas insuffisante.

Le lendemain de la mort de cet opéré, la religieuse de la salle m'apprit qu'il était sujet à des attaques de défaillance qui lui faisaient perdre tout à coup connaissance, et qui étaient probablement des syncopes. Il avait eu une de ces attaques dans l'hôpital, pendant les dix jours qui précédèrent l'opération. Il

se promenait tranquillement dans le jardin, lorsqu'il se sentit faillir tout à coup; il saisit le bras d'un voisin, mais il ne put garder l'équilibre, et s'affaissa en perdant connaissance. Ce détail ne me fut malheureusement pas indiqué. Si je l'avais connu, je n'aurais pas eu recours à l'emploi du chloroforme. J'appris en outre que l'opéré, quoique âgé seulement de dix-sept ans, avait déjà des habitudes alcooliques, et cette circonstance expliquait sans doute l'excitation excessive qu'avait produite l'inhalation de l'agent anesthésique.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Nécrose du frontal.

M. le Dr **Wolfe**, d'Aberdeen (Ecosse), présente une pièce et remet la note suivante :

Une femme, âgée de 78 ans, était sujette à des attaques d'épilepsie depuis dix ans, survenues à la suite d'une chute faite d'une grande hauteur. Sa santé, avant cette époque, était excellente. Au jour de l'an 1865, elle est tombée dans un feu de charbon; personne ne se trouvant dans l'appartement, elle n'a été retirée qu'un certain temps après par sa fille, qui l'a trouvée la tête complètement environnée de braise. On l'a crue morte, et la figure, ainsi que le crâne paraissaient entièrement carbonisés. Les paupières, les joues, les oreilles, la langue même, qui était pendante en dehors, étaient noires et sèches. Les dents étaient tombées; elles avaient la même couleur noire.

On constatait, avec les désordres précédents, que le pouls était imperceptible, la respiration à peine marquée, et parfois légèrement stertoreuse. Elle est restée dans cet état constant pendant cinq jours. Le sixième, quelques mouvements se sont manifestés, et la sensibilité s'est réveillée peu à peu. Vers le douzième jour, la paralysie de la vessie et du rectum a cessé. Bientôt elle a pu avaler du lait.

Le dix-huitième jour, les eschares ont commencé à se détacher; les paupières, d'abord, puis les globes des yeux eux-mêmes sont tombés. A partir de ce moment, la suppuration est devenue considérable, mais l'état général s'est amélioré, et, sauf les désordres locaux, l'amélioration a été toujours croissante.

7 mai. Les os propres du nez, l'os planum de l'ethmoïde se sont détachés.

25 juin. La table externe de tout le frontal, y compris les arcades orbitaires ainsi que l'épine nasale, s'est également détachée.

Dès lors, la santé générale est devenue très-bonne, et cette

femme s'est trouvée radicalement guérie des attaques d'épilepsie, auxquelles elle était sujette avant son accident.

Elle a succombé, à la suite d'un catarrhe pulmonaire, le 21 mars de l'année suivante, c'est-à-dire plus de quinze mois après sa brûlure.

M. Laborie. A la suite d'une brûlure, j'ai également observé une nécrose de la moitié antérieure de la calotte crânienne, mais le malade a quitté mon service avant que j'aie pu recueillir la pièce pathologique.

A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret, et à l'issue de cette délibération, M. le Président déclare que la Société de chirurgie reprendra ses séances le 16 octobre prochain.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 16 OCTOBRE.

Présidence de M. Legouest.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance manuscrite comprend :

— Un travail de M. le docteur Simyan, chirurgien de l'hôpital de Cluny, « sur le tétanos traumatique. » (Commission : MM. Després et Marjolin.)

— Observation de xiphopage considérée au point de vue des manœuvres obstétricales, par le docteur Chassaniol, médecin en chef de la marine à Brest. (Commission : MM. Tillaux, Broca, Tarnier, rapporteur.)

— Kyste multiloculaire de l'ovaire à marche rapide, ovariotomie, mort imminente par tympanite, création d'un anus contre nature ; guérison ; autoplastie, par M. le docteur Du-

mesnil, professeur à l'École secondaire de Rouen. (Commission : MM. Laborie, Boinet, Guérin, rapporteur.)

— M. Gretti, chirurgien en chef du grand hôpital de Milan, envoie deux travaux manuscrits : 1^o Nouveau procédé de résection intra-buccale et sous-périostique de la mâchoire inférieure ; 2^o Nouvelle méthode d'amputation de la cuisse, appelée amputation du fémur aux condyles avec lambeau rotulien. (Commission : MM. Perrin, Trélat, Labbé, rapporteur.)

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux périodiques : — Gazette des Hôpitaux. — Union médicale. — Gazette hebdomadaire. — Archives générales de médecine, septembre et octobre 1867. — Bulletin de thérapeutique. — Gazette médicale de Strasbourg. — Montpellier médical. — Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — Revue médicale de Toulouse. — Bulletin de la Société médicale de Reims, années 1866-1867. — Union médicale de la Provence. — Journal de médecine de l'Ouest, publié par la Société académique de Nantes. — Bulletin de la Société de médecine d'Angers, 1866. — Bulletin de la Société de médecine de Marseille. — L'art dentaire.

Travaux originaux : — Contribution à l'histoire de la résection totale du poignet, nouveau procédé opératoire, par M. Eugène Boeckel. Strasbourg, 1867.

— Traité de thérapeutique de la coxalgie, par le docteur Philipeaux (de Lyon). Paris, 1867.

— De la maladie charbonneuse de l'homme ; causes, variétés, diagnostic, traitement, par le docteur J. Guipon, médecin en chef des hôpitaux de Laon. Paris, 1867.

— De l'impaludisme, par le docteur Duboué (de Pau). Paris, 1867.

— Sur la prétendue dégénérescence de la population française. Deux discours, par M. Paul Broca.

— Rapport sur le service sanitaire de l'armée prussienne pendant la guerre de 1866 contre les Saxo-Autrichiens, par M. le docteur Heyfelder.

— Le bandage plâtré amovo-inamovible d'emblée et tricot-plâtré, par le docteur Van de Loo. Bruxelles, 1867.

— Du chondrome, par M. le docteur Heurtaux (de Nantes). Extrait du « Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. »

— Discours prononcé au Congrès médical international de Paris les 20 et 21 août 1867, sur l'influence du climat, des races et des différentes conditions de la vie sur la menstruation dans les diverses contrées, par le docteur Francisco de Cortejarena, chef de clinique à Madrid.

— Est-il possible de proposer aux divers gouvernements quelques mesures efficaces pour restreindre la propagation des maladies vénériennes? Réponse à la troisième question posée par le Congrès médical international de 1867, par M. le docteur Rollet (de Lyon).

— Histoire des instruments de chirurgie trouvés à Herculanum et à Pompéi. Brochure avec planches, par M. le docteur Scutteten (de Metz).

— Note sur la trépanation chez les Arabes, par M. Larrey, avec planches dessinées par M. le docteur Am. Paris.

— Lehrbuch der chirurgie, quatrième volume, par le professeur Carl Emmert (de Bern). Stuttgart, 1863.

— Ophthalmiatische Beobachtungen, par le docteur Albert Mooren (de Düsseldorf). Berlin, 1867.

M. Gherini (de Milan), membre correspondant, adresse la note suivante :

Nævus maternus lipomatosus, lipomatosis hæmatodes congenita, lipoma congenitum diffusum ?

Béatrice D.... naquit de parents sains, avec l'extrémité inférieure gauche plus développée que l'autre. La peau offrait une rougeur diffuse avec des taches bleuâtres assez circonscrites. Le pied droit était aussi un peu plus gros que l'ordinaire.

L'accroissement de l'extrémité gauche ne marchait pas en proportion avec le restant du corps ; mais elle grossissait avec une étonnante rapidité.

La petite tétait, dormait, pleurait presque toujours, de manière qu'on pouvait dire qu'elle souffrait beaucoup et continuellement.

Elle se tenait debout, marchait, jouait et arriva à l'âge de trois ans, quand, tout d'un coup, criant avec la main au cœur, elle mourut en peu de minutes.

On n'a pas fait l'autopsie, parce que l'accident arriva à la campagne.

MM. Vanzetti, Duboué et Thomas (de Closmadeuc) assistent à la séance.

M. le **Président**. J'ai le regret d'informer la Société que, depuis notre dernière réunion, nous avons été douloureusement éprouvés en perdant successivement deux de nos membres : M. Velpeau et M. Foucher.

M. Trélat, sur l'invitation de M. le président, donne lec-

ture du discours suivant qu'il a prononcé sur la tombe de M. Foucher, au nom de la Société de chirurgie.

C'est au nom de la Société de chirurgie que je viens rendre un dernier et douloureux hommage à notre pauvre ami Foucher.

Permettez cependant, Messieurs, qu'au lieu du collègue remplissant un devoir officiel, ce soit plutôt l'ami qui parle au nom de ses souvenirs. Il y a de longues années que nous marchions côte à côte dans le même sillon, poursuivant le même but, et jamais la lutte ne nous avait séparés. L'un et l'autre nous pensions que l'amitié fondée sur l'estime doit être supérieure à toutes les rivalités et doit leur survivre.

Emile Foucher était un caractère loyal, une intelligence sûre, un cœur simple et dévoué, une âme fortement trempée. Ses débuts avaient été rudes, mais, sorti vainqueur de ses premiers combats, il s'était mieux affermi pour l'avenir.

A vingt ans, il avait entrepris seul de parcourir notre difficile carrière. L'ils aîné d'une famille de dix enfants, doté par son père d'une solide instruction, il comprit généreusement qu'avec du travail et une énergique volonté il pourrait un jour être utile à tous les siens. Ces nobles sentiments le poussèrent à Paris, où longtemps il fut réduit à vivre des ressources précaires que lui procuraient des leçons de mathématiques.

Au bout de quatre années de cette vie laborieuse et pénible, il devenait externe, puis interne des hôpitaux. C'était le salut. Désormais, il allait pouvoir se livrer entièrement à l'étude et à l'enseignement de la médecine et, obéissant à ses goûts et à ses aptitudes, s'occuper surtout d'anatomie et de chirurgie.

Formé à l'école de maîtres éminents, le professeur Laugier et l'illustre Velpeau, dont la tombe est à peine fermée, Foucher était, avant la fin de son internat, nommé aide d'anatomie à la Faculté.

C'est alors que je le connus, que j'appris à l'estimer et à l'aimer. Je le vis devenir prosecteur à l'Ecole pratique. Nous fûmes nommés ensemble agrégés en chirurgie, et cette double nomination nous donna, je m'en souviens, une double part de joie.

Marié depuis un an à une jeune et charmante femme qu'il laisse abîmée de douleur, il allait atteindre au terme de ses concours. En 1858, il était chirurgien du Bureau central des hôpitaux, et bientôt la Société de chirurgie l'appela dans son sein. Elle le nomma secrétaire en 1863, et la rédaction de nos Bulletins pour cette année atteste le soin consciencieux qu'il apportait dans l'exercice de ces fonctions délicates. Attentif, exact, ne parlant que pour éclairer une question, il parlait ra-

rement. Chacun de nous se rappelle cependant l'intérêt de ses communications sur divers points de notre science, sur les fistules vésico-vaginales, sur l'iridectomie, sur l'acupressure.

A la tête d'un grand service de chirurgie à l'hôpital Saint-Louis, où il était, en outre, chargé de la clinique ophthalmologique de la Faculté, auteur d'un grand nombre de travaux épars dans tous les recueils, travaux dont plusieurs font autorité, traducteur et annotateur de Warthon Jones, pour son « Traité des maladies des yeux, » mettant la dernière main à un « Traité de diagnostic chirurgical » dont la première partie a déjà été accueillie avec un légitime intérêt, membre de la Société de médecine et de la Société des sciences médicales de Paris, membre honoraire de la Société anatomique, membre correspondant de l'Académie de Rio-Janeiro, de la Société médicale de Lisbonne, de diverses Sociétés des départements, Foucher était en état de prétendre aux plus hautes positions de notre profession. Il touchait au sommet et pouvait mesurer avec orgueil l'immense chemin qu'il avait parcouru sans écart et sans défaillance.

Le temps des épreuves était passé. Parvenu lui-même à une position enviée, il avait pu tendre la main à ses frères cadets et leur aplanir la route. Désormais, il était tranquille de ce côté. Son foyer, trop longtemps habité par la maladie, avait vu partir cet hôte dangereux. M^{me} Foucher avait recouvré la santé, grâce aux soins incessants et dévoués que lui avait prodigués son mari. Il allait enfin pouvoir récolter, après avoir si longtemps semé son travail et son courage.

Pauvre ami, tous ces labeurs, toute cette vaillance, tout allait s'évanouir d'un souffle. Vous alliez, vous aussi, grossir le nombre de ceux que nous pleurons. Que penser et que dire devant de pareils deuils, si imprévus et si subits ! Honneur, dignité, respect du devoir, amour du travail, élévation des sentiments, la mort ne tient compte de rien. Hier, elle nous enlevait Follin, elle vous ravit aujourd'hui. Vos tombes se touchent et sont arrosées des mêmes larmes. L'un et l'autre, à des titres divers, vous étiez des meilleurs, pleins d'espérance, d'avenir, de légitimes désirs. Aujourd'hui, plus rien que des souvenirs et des pleurs !

Le souvenir, votre récompense et notre seule consolation ! Qu'il soit doux à tous ceux que vous laissez dans la douleur, à ce jeune frère que vous avez formé de vos conseils et de votre travail, à cette famille qui perd en vous son second chef. Qu'ils soient fiers tous d'avoir vécu de votre vie et d'hériter de votre mémoire !

Cher ami, recevez ce suprême adieu qui s'échappe comme une plainte du fond de mon cœur.

COMMUNICATION.

M. Vanzetti. Je ne viens pas seulement aujourd'hui pour satisfaire aux sentiments d'estime et de respect que je porte à la Société, lui présenter, comme j'ai eu l'honneur de le faire plusieurs fois depuis l'année 1857, quelques observations de ma pratique chirurgicale ; mais je viens surtout, animé d'une profonde reconnaissance envers vous, Messieurs, vous remercier pour l'insigne honneur que vous avez daigné me faire l'année dernière, en me conférant, à la place de l'illustre Valentin Mott, le titre de membre associé étranger de cette Société, qui occupe la première place dans la chirurgie moderne.

Aussi, en prenant la parole, je ne trouve pas les expressions capables de rendre ce que mon cœur éprouve de satisfaction et de fierté. C'est un motif de plus pour moi, de chercher à me rendre digne du titre honorifique que vous m'avez conféré, en contribuant de mon mieux aux si utiles et si importants travaux de la Société.

Cette année donc, Messieurs, j'ai pensé à vous communiquer non-seulement des observations relatives au traitement des anévrysmes : mais je me suis fait un devoir d'en recueillir d'autres, et j'ai étendu ce choix à des affections chirurgicales qui, par leur rareté ou leur importance spéciale, m'ont paru pouvoir vous intéresser en méritant d'être portées à votre connaissance.

Ne voulant point abuser de votre bienveillante attention, ni accaparer une trop grande partie de cette séance, au détriment d'autres collègues, je me bornerai à ne vous communiquer aujourd'hui que quatre observations d'anévrysmes, me réservant dans nos plus prochaines réunions de vous faire connaître : 1° l'observation d'une maladie très-rare de la peau du scrotum, qu'on pourrait dénommer *pierreuse* ; 2° la relation d'une opération dont je ne connais que fort peu d'exemples ; 3° trois observations, où la compression digitale a été employée avec succès pour diverses maladies autres que des anévrysmes, à l'occasion desquelles j'appellerai tout particulièrement l'attention et la critique de la Société ; 4° deux cas de résection du genou ; 5° trois observations d'ovariotomie.

Parmi les observations d'anévrysmes, que je vais vous faire connaître, la quatrième seulement (sera publiée) a été recueillie à ma clinique. La première m'a été communiquée par le Dr Vecelli, anciennement mon interne, aujourd'hui chirurgien de l'hôpital de Treviso; la seconde, par le Dr Vigna, un des chirurgiens du grand hôpital de Venise, la troisième, par le Dr Franzolini, jadis un de mes meilleurs élèves, actuellement chirurgien de l'hôpital de Sacèle. Je saisisrai cette occasion pour remercier vivement ces honorables praticiens de leur obligeance et les féliciter de leurs succès.

Observation I. — Anévrysme traumatique de l'arcade palmaire superficielle. — Compression digitale. — Guérison en trente minutes. — (Hôpital de Treviso. Dr Vecelli.)

P... Antoine, âgé de quarante-quatre ans, paysan de la province de Treviso, fut reçu dans la division chirurgicale de l'hôpital de cette ville, le 13 novembre 1865.

Un mois et demi auparavant, cet homme, en coupant du pain avec une serpe, se fit une blessure assez profonde et longue de deux centimètres à la paume de la main, entre les éminences thénar et hypo-thénar, à trois centimètres du premier pli cutané du carpe. Voyant jaillir le sang en abondance et par jet saccadé, il s'adressa de suite au médecin de la localité. Celui-ci appliqua sur la blessure un tampon solide et le maintint en place avec un bandage assez serré. Le cinquième jour, le pansement fut enlevé, la plaie était cicatrisée.

Au bout de douze jours, le paysan s'étant remis à ses travaux habituels, s'aperçut qu'une saillie agitée par des battements, s'était formée au milieu de la cicatrice. Il continua cependant à se servir de sa main quoiqu'elle fût le siège de douleurs, mais en évitant de presser sur la tumeur. Un peu plus tard, il remarqua qu'elle avait notablement augmenté de volume; et la voyant toujours s'accroître, il pensa alors à réappliquer le bandage primitif, en le serrant davantage, dans l'espoir de faire par là disparaître sa tumeur. Au bout de quatre jours, l'ayant ôté, il reconnut que non-seulement la tumeur n'avait pas disparu, mais qu'à son sommet, il s'était formé une tache noire. Effrayé, il se rendit à l'hôpital de Treviso, où il fut reçu vers le soir.

Ayant examiné la main malade, je n'eus pas de peine à reconnaître un anévrysme, résultant de la blessure faite à l'arcade palmaire superficielle, avec cette particularité d'une petite tache ecchymotique à son sommet, résultant de la forte compression que le malade avait exercée sur la tumeur par son bandage. La

tumeur présentait tous les signes, classiques de l'anévrysme, était réductible et égalait environ la grosseur d'une noix, un peu pointue.

Pouvant disposer d'une demi-heure, j'essayai de suite la compression digitale de l'humérale. Je l'exécutai seul, sans même m'inquiéter qu'elle fût rigoureusement continue. Une demi-heure ne s'était pas écoulée, que je cessai cette compression, et examinant la tumeur, je la trouvai sans pulsations, sans souffle, et déjà solidifiée.

Très-satisfait de ce résultat, je continuai néanmoins la compression encore pendant quinze minutes, pour assurer davantage la solidification; puis, je plaçai le bras dans une simple écharpe, en ordonnant aux infirmiers de surveiller les mouvements du malade pendant son sommeil.

Après sept jours, la tumeur était devenue tout à fait solide, on permit au malade de retourner chez lui, en lui enjoignant de ne pas se servir de son bras et de revenir dans un mois. — Révenu à l'époque prescrite, on trouva la tumeur très-solide, et réduite à la moitié de son volume primitif. La guérison s'est maintenue.

Observation II. — Anévrysme de l'artère fémorale. — Compression digitale. — Guérison en moins de dix heures. — (Hôpital de Venise. D^r Vigna.)

J.-B. P... (de Venise), maçon, âgé de 44 ans, se fait recevoir à l'hôpital de cette ville, le 17 septembre 1866, pour une tumeur qui faisait saillie au côté interne de sa cuisse droite.

Le malade est de constitution robuste; il n'a pas eu de syphilis; rien du côté du cœur et des gros vaisseaux. Il y a deux mois qu'il s'est aperçu de l'existence d'une tumeur à la cuisse droite: petite au commencement, elle augmenta progressivement de volume. La tumeur lui causant depuis quelques jours de la douleur et l'empêchant de travailler, le malade entre à l'hôpital.

Cette tumeur est située immédiatement au-dessus du passage de l'artère fémorale dans l'anneau du troisième adducteur: elle fait une saillie très-visible au côté interne de la cuisse; sa forme est ovoïde, son diamètre longitudinal est de quinze centimètres, le transversal de neuf centimètres. On aperçoit de loin ses mouvements d'expansion et d'abaissement, qui cessent dès que l'on comprime l'artère à l'aîne: la peau qui la recouvre est un peu rouge, sa température exagérée: le souffle anévrysmatique est très-manifeste; sur le côté interne de la cuisse on aperçoit des veines un peu turgides.

Pendant deux jours on tient le malade au lit, en observation; le troisième, on commence la compression digitale à huit heures et demie du matin. Cette compression a lieu sur le pubis, complète et continue, pratiquée par deux jeunes médecins, par quatre élèves et quelques infirmiers de la salle. — A quatre heures de l'après-midi, les pulsations de la tumeur et le souffle étaient plus faibles; à cinq heures à peine perceptibles; à six heures, ils avaient cessé complètement, pour ne plus reparaitre. — Pendant les deux premières heures, le malade éprouva à la cuisse une sensation d'engourdissement, et des fourmillements au pied. La couleur un peu rouge de la peau qui recouvrait la tumeur disparut le même jour; sa température resta pendant quelques jours supérieure à celle du membre sain. Vingt-huit jours après, le diamètre longitudinal de la tumeur était réduit à six centimètres, et le diamètre transversal à cinq centimètres. Au bout d'un mois le malade reprit ses occupations habituelles, et le 23 août 1867, je l'ai revu en parfaite santé: il ne reste à la place de l'anévrysme qu'un noyau dur et indolent, gros comme une petite noix.

Observation III. — Anévrysme artério-veineux au pli du bras. — Compression digitale indirecte de l'humérale, directe de la veine basilique. — Guérison le soixantième jour. (Hôpital de Sacèle. M. Franzolini.)

J. M..., paysan, 33 ans, habitant aux environs de Sacèle, a été saigné à la basilique du bras gauche, le 25 juin 1865. Pour arrêter le sang, on avait été obligé d'employer une compresse beaucoup plus épaisse qu'à l'ordinaire et de serrer le bras très-fortement. — Le 3 juillet, il se fit recevoir à l'hôpital de Sacèle pour des douleurs et des pulsations qu'il ressentait dans le bras.

A mon examen, j'ai trouvé au pli du coude, à l'endroit de la cicatrice de la saignée, un anévrysme artério-veineux, profond, saillant, ayant le volume d'une noix; il existait, très-accentués, les symptômes suivants: le susurrus pathognomonique continu-rémittent, cessant en comprimant la veine à l'endroit de la cicatrice; le souffle anévrysmatique intermittent; la cessation de tout bruit et du frémissement, aussitôt que l'on comprime l'humérale.

J'ai entrepris de suite la cure de cet anévrysme, de concert avec le Dr Jabbroni, mon collègue, par la compression digitale et simultanée de l'artère humérale et de la veine basilique d'après la méthode du professeur Vanzetti (de Padoue).

Après avoir fait la compression pendant 24 heures, nous nous adjoignîmes, pour ce long traitement, le pharmacien, un infir-

mier, un convalescent de l'hôpital, ainsi qu'un frère, un beau-frère et un neveu du malade : ces personnes apprirent vite et convenablement à faire la compression.

4 juillet, soir. (36 heures de compression aussi continue que possible.) Le thrill est beaucoup moins fort, les battements et le souffle persistent au même degré.

5 juillet, soir. (60 heures de compression.) Le thrill a complètement cessé ; les battements et le souffle continuent. — L'anévrysme est réduit à l'état d'anévrysme artériel simple.

6 juillet, matin. (74 heures de compression.) Mêmes symptômes. — On cesse la compression continue de l'artère, pour ne la faire, pendant plusieurs heures de la journée, qu'intermittente.

7, 8, 9, 10, 11 juillet. On fait de 6 à 8 heures de compression : les battements et le souffle continuent toujours.

12 juillet. On croit sentir de nouveau un faible thrill, et l'on reprend de suite, pendant 24 heures, la simple compression continue.

13 juillet. Le thrill a cessé de nouveau, pour ne plus reparaitre : les battements et le souffle, quoique à un plus faible degré, continuent toujours.

14 juillet. Le malade se trouvant bien, ne souffrant pas, voyant que la compression pouvait lui être faite aussi bien chez lui, par ses parents, quitta l'hôpital.

16 juillet. La tumeur a sensiblement augmenté de volume depuis ces deux jours, et le malade vient se faire voir à la consultation. — Ne voulant rentrer à aucun prix à l'hôpital, je l'exhorte à faire exercer la compression plus assidûment, et je me propose d'aller le voir souvent.

14 août. L'anévrysme a augmenté de volume, quoique la compression ait été faite de six à huit heures par jour (au dire du malade). La tumeur est grosse comme un œuf de poule, mais elle ne présente point de symptômes alarmants ; les téguments conservent leur aspect normal, les parois de l'anévrysme sont d'une épaisseur égale et considérable, le malade se promène avec son bras en écharpe. Il persiste à ne pas vouloir rentrer à l'hôpital et promet de se faire comprimer dorénavant l'artère pendant toute la journée.

17 août. J'ai le plaisir de trouver que les battements et le souffle ont complètement cessé. — Je recommande au malade de se tenir tranquille et de ne faire aucun mouvement avec son bras.

18 août. Les battements et le souffle ont reparu malheureusement. On continue le traitement.

3 septembre. On fait la compression tous les jours pendant huit à dix heures ; aujourd'hui la solidification de la tumeur est complète.

3 octobre. La tumeur, désormais très-dure, est réduite au volume d'un œuf de pigeon : le malade commence à se servir de son bras, qu'il sent très-affaibli.

3 novembre. — Le malade a déjà repris les travaux des champs.

Le 14 août 1864, je saisis l'occasion de la présence ici du professeur Vanzetti pour lui montrer ce paysan. Nous sentons au pli du bras, au-dessous de la veine basilique, une tumeur grosse à peine comme un petit pois, extrêmement dure, indolente, et lorsqu'on exerce une certaine pression dessus, on fait très-bien cesser les battements artériels de la radiale.

Anévrysme diffus de la carotide droite — Ligature de l'artère à la racine du cou — Mort le septième jour.

Les annales de la chirurgie ont enregistré quelques cas, excessivement rares, il est vrai, de guérisons spontanées ou obtenues par la méthode de Valsalva, d'anévrysmes de la carotide.

J'ai moi-même eu l'occasion de voir dernièrement un cas d'anévrysme de la carotide droite qui a été guéri jadis par cette méthode.

Un individu étant de passage à Padoue, s'est présenté à moi le 24 août dernier, pour me consulter sur une enflure aux jambes. L'ayant interrogé sur ses maladies antérieures, il me dit entre autres choses, qu'à l'âge de 33 ans il avait eu un anévrysme au cou et qu'heureusement il en avait guéri sans se soumettre à l'opération qu'on voulait lui faire.

Surpris de ce qu'il m'affirmait, je le priai de me faire une narration aussi exacte que possible des causes, des symptômes, des progrès de son anévrysme et des particularités de sa guérison.

« Je me nomme, dit-il, Antoine M..... j'ai 66 ans, natif du Tyrol : mon état, pendant plus de 30 ans, a été celui de charcutier. Chaque année, je quittais ma maison pour me rendre à Ferrare au service de bon nombre de familles de cette ville. Un jour, en déchargeant, sur mon dos, un cochon d'un chariot, je fis avec la tête un très-grand effort pour le rejeter en arrière ; quelques jours après je fis un nouvel et semblable effort alors que je portais sur la nuque un gros billot pour hacher la viande. C'est à ces efforts que j'ai attribué l'origine de mon mal, car deux ou trois jours après, je sentis une douleur en haut du

cou, du côté droit, et en y portant la main, j'y ai trouvé une tumeur du volume d'une noisette. Je me rendis alors chez le D^r Guerra (dont je servais la maison), pour le consulter. Le docteur s'effraya à la vue de cette tumeur, et s'oublia au point de me dire qu'il craignait que je ne fisse plus de saucissons pour lui. Ces paroles m'affligèrent au point qu'en le quittant je me mis à pleurer.

J'ai alors consulté le D^r Malago, professeur de chirurgie : celui-ci me fit entrer immédiatement à sa clinique, où il eut une première consultation près de mon lit avec plusieurs autres professeurs ; puis deux autres encore, en présence des élèves, et l'on me déclara qu'il fallait me faire une opération au cou pour guérir de ma maladie, qui était un anévrysme. — Ma tumeur battait visiblement, elle était déjà grande comme un œuf de poule, me causait des élancements très-douloureux à la tête et à l'oreille qui m'empêchaient de dormir ; j'éprouvais souvent des vertiges et mal au cœur. Cependant je n'ai pas consenti à me faire opérer ; et, après trois semaines de séjour à la clinique, je suis parti de Ferrare pour retourner chez moi, à Balbeno, en Tyrol. En passant par Vérone, je consultai encore les D^r Mansoni, Parise et Calza, qui tous confirmèrent que ma tumeur était un anévrysme. — Revenu chez moi, mon médecin, le D^r Solizzoli, me fit rester au lit continuellement pendant onze mois et m'obligea à ne manger qu'un petit pain par jour dans un peu de bouillon, et cela en trois fois. J'ai supporté avec résignation les tourments de la faim, je devins excessivement maigre (*pelle et ossa*) ; mais au bout de 9 mois ma tumeur avait cessé de battre ; elle était déjà devenue beaucoup plus petite et elle finit par disparaître complètement. — Après ma guérison, ayant repris comme auparavant mes occupations d'hiver à Ferrare, j'allai voir naturellement le professeur Malago : il fut si surpris et si content de me voir guéri sans opération qu'il voulut que je dînas avec lui. »

Les détails de ce récit sont tels qu'on ne peut pas douter, je crois, que cet homme n'ait eu un anévrysme de la carotide, lequel se serait guéri par la méthode de Valsalva. En examinant son cou, je n'y ai trouvé aucun vestige de la tumeur : j'ai cru remarquer seulement des pulsations plus fortes à la carotide

droite qu'à celle du côté opposé : la temporale battait de deux côtés également.

Les cas de guérison spontanée ou due à la méthode de Valsalva ne sont pourtant que des exceptions excessivement rares, sur lesquelles il serait très-dangereux de compter. Dès que l'anévrysme se manifeste, il faut donc essayer de le guérir par la compression digitale de la carotide, en l'exerçant, soit continue, soit intermittente, selon les circonstances, avec autant de persévérance que d'espoir de succès. La littérature chirurgicale possède maintenant les observations de deux cas d'anévrysmes des ramifications de la carotide, nommément de l'artère ophthalmique, guéris, l'un à la Clinique oculistique de Padoue (1), l'autre à l'hôpital de Vérone (2), par la compression digitale intermittente de ce vaisseau : elle possède en outre l'observation, encore plus intéressante, publiée en 1864 par le Dr Sheppard, de Worcester (3), d'un anévrysme de la bifurcation de la carotide droite, grand comme un petit œuf de poule, et guéri dans l'hôpital de cette ville au moyen de la compression digitale intermittente, exercée par le malade lui-même. — En négligeant d'entreprendre au plus tôt la compression digitale, le malade est exposé au danger de voir sa tumeur augmenter très-rapidement, au point de rendre bientôt impossible, non-seulement la compression, mais la ligature elle-même, ou d'obliger le chirurgien de faire cette dernière à la racine du cou, région où l'artère est plus profonde, l'opération plus difficile et beaucoup plus dangereuse.

L'observation suivante offre un exemple d'anévrysme situé à la bifurcation de la carotide droite, datant de trois mois seulement, qui, devenu rapidement diffus, avait déjà envahi presque tout ce côté du cou, rendant ainsi la compression digitale im-

(1) Gioppi : Aneurisma dell' Ottalmia, guarito colla compressione digitale della carotide (*Giornale d'Ottalmologia*). — Italiano, Torino, 1858.

(2) Vanzetti : Secondo caso di aneurisma dell' arteria ottalmica guarito colla compressione digitale e cenni pratici intorno a questo metodo di curare gli aneurismi. — Padova. 1858.

(3) *Medical Times*, 19 décembre 1863. — *France Médicale*, 30 mars 1864. — *Gazetta Medica di Padova*, 1864, p. 168.

possible, et nous obligeant à faire la ligature du vaisseau près de la sous-clavière.

J. G....., paysan de la province de Vicence, âgé de 60 ans, fut reçu d'urgence dans ma clinique, le 9 mai 1865, pour un anévrysme situé au côté droit du cou. — L'état dans lequel se trouvait ce malade, l'empêchait de s'exprimer d'une manière claire : voici pourtant ce que nous avons pu recueillir sur l'origine et les progrès de son mal :

Trois mois auparavant, il avait ressenti une douleur au côté droit du cou, et, y ayant porté la main, il y découvrit une tumeur animée de battements.

Le volume de la tumeur, ainsi que les douleurs augmentèrent progressivement ; les dernières retentissaient dans l'oreille, où il sentait, disait-il, comme *des coups de marteau*. Plus tard, il survint de la raucité de la voix, une irritation pharyngienne qui l'obligeait à toussoter continuellement. Son état empirant rapidement, il fut conduit à la clinique. A sa réception, nous trouvâmes le côté droit de son cou saillant, à cause d'une tuméfaction très-considérable, dont les pulsations étaient visibles de loin, avec bruit de râpe, isochrone aux battements artériels. Les limites de la tumeur étaient mal définies ; elle s'étendait transversalement des apophyses épineuses cervicales au larynx qu'elle déjetait au côté opposé, et verticalement du bord inférieur de la mâchoire et du méat auditif jusqu'à un travers de doigt au-dessus de la clavicule. La température de la tumeur est supérieure à celle des autres parties du corps, la couleur des téguments un peu rosée à son sommet. Pouls 80 ; rien du côté du cœur et des gros vaisseaux ; céphalalgie intense, assoupissement continu avec les paupières entr'ouvertes ; la pupille droite plus étroite que celle de gauche : intelligence intacte. — Fomentations glacées à la tête.

Le lendemain de son entrée (11 mai), le malade délire, il veut sortir de son lit : la tumeur est augmentée de volume, elle est devenue plus chaude, rouge et luisante dans sa partie la plus proéminente.

En présence d'un état si grave, nous nous décidâmes à faire la ligature de la carotide, quelque peu favorable qu'en fût le pronostic, surtout à cause de l'altération des fonctions cérébrales. L'étendue de la tumeur ne permettait aucunement de faire même un essai avec la compression digitale. L'axe longitudinal de la tumeur étant un peu oblique de haut en bas et de dedans en dehors, il restait au côté interne de la partie inférieure du sterno-cléido-mastoidien un espace où l'on pourrait parvenir à l'artère, sans s'exposer à blesser les limites inférieures de la tumeur. L'anévrysme même ayant soulevé, dans son accroisse-

ment progressif, le sterno-mastoidien, l'extrémité de ce muscle, à son insertion sternale, était tendue et soulevée sous forme d'un cordon saillant.

L'opération est faite le 11 mai, à 11 heures. Ayant placé sous le cou du malade un coussin cylindrique, et penché sa tête en arrière autant que le gonflement des parties le permettait, je fis une incision de cinq à six centimètres de long du bord interne du muscle sterno-mastoidien, dépassant en bas un peu son insertion sternale, puis une autre de la même longueur le long du bord supérieur de la clavicule (1), formant ainsi un lambeau interne triangulaire.

Après avoir disséqué ce lambeau, je coupai transversalement de dehors en dedans le sterno-mastoidien près de son insertion sternale. Ayant fait relever le lambeau de la peau et le bout inférieur du muscle, il se présenta une membrane celluleuse : en la sectionnant transversalement avec prudence, je mis à découvert une grosse veine qui descendait obliquement en dehors (probablement la jugulaire antérieure), que je coupai après l'avoir étreinte entre deux ligatures ; je continuai à disséquer ce fascia celluleux pour parvenir aux muscles sterno-hyodien et sterno-thyroidien, qui furent coupés transversalement. Je me trouvai alors en présence d'une seconde lame fibro-celluleuse, l'aponévrose profonde du cou ; l'ayant coupée avec précaution, je vis paraître alors, sous l'aspect d'un cordon blanchâtre, la carotide, dont j'explorai les pulsations avec le bout du doigt. J'isolai l'artère de sa gaine dans une très-petite portion ; puis, avec une aiguille de Cooper armée d'un double fil à ligature, je l'introduisis sous l'artère de *dedans en dehors*, sans trop craindre la blessure de la jugulaire qui, au côté droit du cou et à ce niveau, s'écarte de la direction de l'artère, contrairement à ce qui a lieu du côté gauche.

Le fil passé sous l'artère, elle est fortement étreinte par un double nœud, dont un des chefs est coupé. Au moment de la striction, j'ai eu très-nettement la sensation de rupture de la membrane interne et moyenne du vaisseau sans remarquer aucun phénomène cérébral sur le malade. Les bords de la plaie furent réunis avec trois points de suture, un à la pointe du triangle, les deux autres sur chacun des côtés de l'incision.

— L'opération ne fut entravée d'aucun accident ; elle fut supportée très-bien par le malade, qui ne fut pas anesthésié. — Fomentations glacées sur la tête : linge sur la plaie imbibé d'infusion d'arnica.

(1) Comprenant la peau et le peaucier.

12 mai. Nuit assez tranquille, avec un peu de rêvasseries : le malade ne se plaint de rien ; physionomie naturelle, langue bonne, voix rauque, faible, comme avant l'opération. On a de la difficulté à comprendre le langage du malade, qui continue à toussoter et boit en ma présence tout un verre d'eau. La tumeur a visiblement diminué, elle est mieux circonscrite et comme divisée par un enfoncement longitudinal ; elle est moins rouge, moins luisante, et sa température presque normale, comme du reste celle de tout le corps. Dans la journée le malade a de la tendance à vouloir sortir du lit : au soir nous le trouvons plus éveillé et plus loquace, pouls 104, un peu plus fort.

13 mai. Délire placide intermittent pendant la nuit, avec saignement du nez en petite quantité : sa physionomie reste naturelle, température à peine exagérée, pouls 109, assez soutenu. Interrogé, le malade se loue de son état, surtout de ne plus sentir dans la tête et l'oreille ces coups de marteau qui auparavant lui faisaient tant de mal. Il boit un verre de café au lait en ma présence, et pour dîner mange de la salade et de la polenta, qu'il a demandées lui-même. Vers le soir, chaleur un peu augmentée, avec sueurs générales, mouvements des bras et des jambes sans direction précise, déglutition un peu difficile. Lavement, poudre de Sedlitz.

14 mai. La nuit a été assez tranquille, le matin seulement un peu de rêvasseries : chaleur naturelle, physionomie bonne, intelligence intacte, l'appétit se maintient. La tumeur continue à se circonscrire en diminuant : la plaie est réunie par ses bords ; vers l'angle sternal il reste une petite ouverture donnant un peu de pus et par laquelle on fait des injections d'eau tiède qui sortent à côté du chef de la ligature.

16 mai. Délire pendant toute la nuit avec tendance continue à sortir du lit, ce qui oblige à maintenir le malade : au matin on trouve qu'il ne peut mouvoir son bras droit, n'exécutant plus que des mouvements de pronation et de supination avec l'avant-bras : il refuse toute nourriture ; cependant sa physionomie reste bonne, l'intelligence parfaite : interrogé, il dit se sentir très-bien. Une selle ordinaire. — On applique dix sangsues derrière l'oreille droite ; fomentations glacées à la tête.

17 mai. Nuit tranquille : le matin il a pris du bouillon avec plaisir. Dans la journée, assoupissement plus profond qu'à l'ordinaire, le malade cependant se réveille facilement et répond bien aux questions : pouls 103, vers le soir 117, faible : physionomie un peu altérée.

18 mai. Nuit passée dans un coma continu et persistant. Interrogé ce matin, il répond encore assez bien. Extrémités froides, contractions spasmodiques superficielles du grand pectoral droit : pouls 112, petit et faible, respiration 40. Langue

déviée à droite. Le coma persiste toute la journée ; à sept heures du soir l'intelligence s'affaïsse, les réponses sont difficiles et fausses, facies pâle et décomposé, yeux entr'ouverts, caves, cornées ternes ; râles trachéaux très-sonores. A sept heures et demie du soir, mort sans secousses.

A l'autopsie on trouva les méninges internes légèrement hyperémiées, la substance cérébrale un peu infiltrée de sérosité et ramollie à droite : pointillé très-marqué, le couteau entraînant de longues traînées de sang. Point de différence dans la vascularité et la couleur des deux hémisphères ; peu de sérosité dans les ventricules latéraux ; plexus choroïdaux gorgés de sang. Cœur flasque contenant de minces caillots fibrineux : valvules aortiques saines ; dépôts athéromateux sur les parois des gros vaisseaux qui sont dilatés. La tumeur occupe tout le côté droit du cou, ses parois sont formées des tissus cellulaires, des muscles et des nerfs de la région, fondus ensemble et infiltrés de sang. Le sac anévrysmal volumineux et altéré s'était porté vers la colonne vertébrale et en bas, ayant repoussé devant lui les deux scalènes et les jugulaires, interceptant le passage du sang dans ces vaisseaux : la jugulaire profonde du côté opposé était par compensation très-dilatée. L'ouverture de l'anévrysme avait son siège immédiatement au-dessous de la bifurcation de la carotide primitive et s'étendait même un peu dans la carotide interne : le diamètre de cette ouverture était à peine de six millimètres. Sa ligature examinée attentivement était prête à tomber et une très-légère traction suffit pour l'enlever : elle était située à un peu moins de deux centimètres de la sous-clavière. Un bouchon fibrineux très-adhérent remplissait complètement tout le bout inférieur de la carotide. Un caillot un peu moins adhérent obstruait le bout supérieur de cette artère et il était percé par un pertuis perméable à son centre. L'intérieur du sac est rempli de caillots sanguins, de formation récente vers la périphérie ; ils deviennent fibrineux vers l'orifice artériel en se prolongeant en haut dans la carotide externe, en bas dans le gros tronc carotidien. L'innominée occupe sa position normale ; mais elle est dilatée et athéromateuse.

Le rein droit était réduit au tiers de son volume normal, le gauche ayant conservé par contre presque ses dimensions ordinaires. Ils présentaient les caractères de la néphrite albumineuse chronique.

M. Verneuil. Je saisis cette occasion pour relater, en quelques mots, l'histoire d'un malade dont je donnerai l'observation complète. Il s'agit d'un anévrysme poplité observé chez un malade atteint de diabète.

Dans ce cas, la compression mécanique, quoique bien faite, n'a pas tardé à déterminer la formation d'eschares.

M. Verneuil se propose d'employer la compression digitale, mais il demande à ses collègues s'il faut d'abord s'occuper du diabète, ou bien passer outre pour traiter immédiatement l'anévrysme.

M. Broca. Le cas signalé par M. Verneuil me paraît grave.

Il ne semble pas qu'il y ait urgence à guérir l'anévrysme; on pourrait essayer la compression digitale intermittente en même temps que l'on s'occuperait du traitement du diabète.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Marjolin présente des pièces pathologiques et remet la note suivante :

Déchirure du rein gauche et de la rate. — Fracture de plusieurs côtes. — Hémorrhagie interne. — Mort.

Très-fréquemment, soit après une chute d'un lieu élevé ou une contusion violente de la poitrine ou de l'abdomen, on voit la mort survenir assez rapidement à la suite d'hémorrhagie interne, consécutive à la rupture d'un des organes contenus dans ces cavités. Le plus habituellement, ce sont les poumons, le foie, la rate ou un des gros troncs vasculaires artériels ou veineux qui sont lésés, mais très-rarement, je le crois, les reins sont atteints. C'est ce qui est arrivé dans le fait dont je vais vous entretenir, et l'examen de la pièce vous indiquera quelle violence il a fallu pour causer de semblables désordres.

Le 14 octobre, le jeune X..., âgé de 9 ans, grand, d'une bonne constitution, s'amusant à glisser le long de la rampe d'un escalier, tomba de la hauteur d'un quatrième; dans sa chute, il rencontra un bec de gaz qu'il brisa. Pendant quelques instants, il perdit connaissance, mais, lorsque deux heures à peine après l'accident, il fut amené à Sainte-Eugénie, il avait entièrement recouvré connaissance et était dans une vive agitation.

Le visage était pâle, exprimant une excessive souffrance, les pupilles peu dilatées, les extrémités froides; le pouls, à peine sensible à l'artère radiale, se sentait encore bien à l'artère crurale et était très-fréquent. Nulle part, sur le corps, on ne voyait de traces de contusions avec épanchement sanguin, nulle part il n'y avait d'emphysème. La nature de l'accident et l'état que je viens de décrire me firent penser que le pronostic était très-

grave, que, très-probablement, il existait une hémorrhagie interne et que le blessé ne tarderait pas à succomber; c'est ce qui arriva : il y eut encore de l'agitation, quelques mouvements convulsifs et la mort survint au bout d'une heure environ.

L'autopsie, faite vingt-quatre heures après, nous fit connaître les lésions suivantes : à peine de traces d'ecchymoses sur le tronc, pas d'emphysème. Les poumons étaient intacts, seulement, du côté gauche, tout du long de la colonne vertébrale, dans le tissu cellulaire sous-pleural, existait un épanchement de sang considérable, principalement au niveau de la septième, huitième, neuvième et dixième côte, qui étaient fracturées très-près du corps des vertèbres, sans déchirure de la plèvre.

Dans la cavité abdominale, il y avait du sang épanché, principalement dans le tissu cellulaire sous-péritonéal du côté gauche; cet épanchement très-abondant, peu coagulé, suivait la direction du muscle iléo-lombaire.

La rate était contuse, déchirée; presque toute la moitié supérieure du rein gauche était comme écrasée, et une portion assez considérable de cet organe en était complètement détachée.

La vessie contenait du sang, ce qui expliquait la cause de l'écoulement sanguin qui avait eu lieu par la verge quelques instants après la mort.

Le secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 23 OCTOBRE 1867.

Présidence de M. Depaul.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux de la semaine ;

— Le tome XXI^e (première partie) des « Mémoires de l'Académie impériale de médecine ; »

— Le premier fascicule du tome II des « Mémoires et Bulletins de la Société médico-chirurgicale de Bordeaux, » 1867 ;

— « Etudes sur les polypes du larynx chez les enfants et en particulier sur les polypes congénitaux, » par M. le docteur Causil, interne des hôpitaux (pour le prix Duval) ;

— « De l'emploi du chloroforme dans les accouchements simples, dans les opérations obstétricales et dans l'éclampsie des femmes en couches, » par le docteur Fredet, interne des hôpitaux.

Sur la proposition de M. Marjolin, la Société décide que le discours prononcé par M. Guyon sur la tombe de M. Velpeau sera inséré dans le bulletin. (Voir à la fin du volume.)

COMMUNICATION.

Nouveau procédé pour l'opération du phimosis.

M. **Panas** présente un malade qu'il a opéré il y a vingt jours. Il remet la note suivante :

Dans les divers procédés opératoires pour le phimosis, deux indications principales ont guidé les chirurgiens : 1^o Retrancher une *égale quantité* de peau et de muqueuse ; 2^o Exécuter l'opération le plus promptement possible, en un seul temps, si cela se peut.

Pour satisfaire à la première indication, de beaucoup la plus difficile, on a imaginé de tracer au préalable, à l'aide d'une raie d'encre, le chemin qui sera suivi par le couteau (Ricord). Mais le résultat ainsi obtenu est purement illusoire ; aussi se voit-on forcé presque toujours de fendre après coup la muqueuse pour la rabattre à la rencontre de la peau, coupée beaucoup plus en arrière qu'elle. Un moyen plus sûr pour arriver au but, consiste à passer à travers le prépuce un point de suture ; mais ce n'est pas chose facile que de glisser ainsi une aiguille entre le gland et le prépuce, sans que la pointe de cet instrument blesse l'un ou l'autre, et puis comment s'assurer que le point où l'on veut traverser le prépuce est placé à une distance convenable de la base du prépuce, ou, ce qui revient au même, le sillon glando-prépuceal.

La pince fixatrice que nous avons imaginée remplit au contraire parfaitement ce but, et l'application en est très-facile. Une fois cet instrument placé, on saisit le prépuce à l'aide de la pince fenestrée que voici, passée sous la première, dans une direction oblique et parallèle à la base du gland. A l'aide d'une vis mobile à écrou, et placée au bout, on ramène les deux branches

de celle-ci au parallélisme. Le gland fuit alors en arrière comme un noyau de prune que l'on écrase entre deux doigts, se tasse, et l'excision du prépuce se fait en un seul temps. Si, au lieu de serfines pour la réunion, on veut se servir de la suture, nous avons fait faire une pince avec deux fenêtres, et alors après avoir passé les points de suture au préalable par les fenêtres les plus rapprochées de la racine de la verge, on fait l'excision en faisant courir le couteau dans la fenêtre supérieure de la pince.

Le lambeau enlevé a la forme d'un manchon en cône, à base oblique, représentée par la section, et il comprend rigoureusement une égale quantité de peau et de muqueuse.

Le parallélisme de la peau de la verge et de la partie restant de la muqueuse prépucciale est si parfait que l'affrontement se fait tout seul. Du côté du frein on excise une quantité suffisante de peau pour éviter ces bourrelets difformes que l'on obtient par d'autres procédés, sans aller pour cela trop en arrière; aussi les hémorrhagies par le rein de l'artère du frein sont plus rares avec ce procédé. Je n'ai pas besoin d'ajouter qu'aucun procédé ne donne une section plus nette et plus mathématiquement régulière.

M. Trélat. Il est indispensable de préciser dans quel état se trouvent exactement les individus que l'on opère pour un phimosis.

L'intervention chirurgicale est motivée soit par des maladies du prépuce, soit par un vice de conformation de cet organe. Un très-grand nombre d'instruments ont été imaginés pour faire l'opération du phimosis, la plupart de ces instruments, tout comme celui que nous présente M. Panas, cessent d'être applicables lorsque l'orifice du prépuce présente une étroitesse considérable.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Amputation sus-malléolaire.

M. Laborie. Dans l'amputation sus-malléolaire, la guérison peut être considérée comme la règle, mais les résultats consécutifs de cette opération sont presque constamment mauvais. Déjà M. Voillemier a parfaitement démontré l'importance qu'il y a de conserver, dans le lambeau, la totalité du tendon d'Achille. J'ai, pour ma part, reconnu toute l'utilité de ce précepte. Je viens aujourd'hui soumettre à l'examen de la Société deux opérés; chez ces deux malades, l'amputation a été faite en conservant seulement un vaste lambeau postérieur. Chez l'un, la section a été pratiquée à la partie moyenne de la

jambe, l'aponévrose antérieure des jumeaux recouvrant la surface des os ; l'autre malade est un amputé sus-malléolaire. Vous pouvez constater que ces deux opérés ont un moignon bien conformé et qu'ils marchent facilement au moyen d'une simple bottine. Voici l'observation de l'amputé sus-malléolaire :

Tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne droite. —

Amputation sus-malléolaire à un seul lambeau postérieur contenant le tendon d'Achille.

M. L... est âgé de cinquante ans. Dans le cours de l'année 1865, en descendant un escalier, il se donna une entorse du pied droit. Quelques applications émollientes et le repos au lit suffirent pour tout faire disparaître.

Tout à coup, en 1866, sans cause apparente, l'articulation lésée dix mois avant devint le siège d'un gonflement douloureux, que les moyens employés l'année précédente ne purent dissiper. M. le professeur Jarjavay, consulté par le malade, diagnostiqua une tumeur blanche au début et fit mettre des vésicatoires autour de la cheville. Sous l'influence de ce traitement celle-ci reprit son volume normal. En même temps les douleurs disparurent et M. L... put, sans trop de gêne ni d'inquiétude, reprendre ses occupations ordinaires.

Ce répit fut malheureusement de courte durée. Moins de six mois après son séjour à Saint-Antoine, les accidents articulaires se reproduisirent, pour suivre, cette fois, une marche ascendante. Entré à Beaujon en novembre 1866, cet homme se vit appliquer successivement, sur la partie malade, deux vésicatoires, deux cautères, des raies de feu. Toute cette médication fut inutile. La peau devint rouge et mince ; on put sentir, au-dessous, une fluctuation bien caractérisée, et une incision donna passage à un pus grumeleux contenant, nous dit M. L..., quelques granules de poussière osseuse.

Voici donc une tumeur blanche qui, en moins de seize mois, en était arrivée à la suppuration.

Cela ne pouvait avoir lieu sans une détérioration de la santé générale. Et, en effet, celle-ci déclinait visiblement. L'amaigrissement, à cette époque, était très-prononcé ; la fièvre était continuelle, avec exacerbations le soir ; enfin, une diarrhée colliquative tendait à s'établir de manière à épuiser le peu de forces qui restaient au malade. Heureusement les poumons et le cœur étaient parfaitement sains, et la cachexie ne tenait évidemment qu'à la maladie si avancée de l'articulation.

C'est dans cet état que M. L... entra à l'Asile de Vincennes, le 29 avril 1867. Dès le lendemain, il pria M. Laborie de l'amputer.

L'opération fut pratiquée le 15 mai par le procédé sus-malléolaire avec conservation d'un seul lambeau postérieur contenant le tendon d'Achille. La section de l'os fut faite à seize centimètres « au-dessous » de la tête du péroné; le lambeau postérieur reçut un développement de onze centimètres, et il fallut dix épingles à suture pour en réunir les bords à la ligne demi-circulaire de section de la face antérieure de la jambe. La cicatrice devait ainsi se trouver reportée sur cette face antérieure.

Tout alla bien pendant cette première journée. Le malade fut tranquille et dormit un peu. Le pouls ne dépassa pas cent cinq pulsations. Les douleurs furent modérées, et M. L... prit avec plaisir un peu de bouillon.

Nous fîmes la dissection de la pièce pathologique qui nous permit de constater l'existence d'une tumeur blanche avancée. Les parties molles, peau, muscles et tendons, plongeaient dans un tissu lardacé, blanchâtre, très-dur. Nous ne trouvâmes de pus nulle part; mais, en pénétrant dans l'articulation, nous reconnûmes que celle-ci était envahie par les fongosités. La synoviale était détruite, les cartilages d'encroûtement érodés et tous les os de l'articulation tibio-tarsienne, péroné, tibia et astragale, ainsi que les os voisins (calcaneum, cuboïde et cunéiforme), étaient la proie d'une ostéite qui avait raréfié si bien leur tissu que notre scalpel y entraît sans aucune difficulté.

Le 16 mai, second jour de l'opération, M. Laborie fit le premier pansement et enleva les fils des sutures, pour les remplacer par des fils nouveaux. Le moignon fut trouvé très-beau. La fièvre était modérée. Cependant, à sa visite du soir, l'interne de service constata un peu d'érysipèle.

Le troisième jour, celui-ci avait déjà pâli. Les lambeaux présentaient une réunion complète en avant. Le pouls était tombé à quatre-vingt-quatre pulsations.

Le quatrième jour, le pouls est à quatre-vingts. La rougeur érysipélateuse a presque entièrement disparu. La cicatrisation marche toujours bien, et l'on peut déjà constater que la cicatrice dépassera la surface de section de l'os.

Le cinquième jour, on put enlever trois épingles. A partir de ce moment, tout le travail de réparation se fit avec une rapidité croissante. La fièvre disparut; l'appétit revint, les fonctions digestives s'affermirent. Chaque matin, on put enlever une nouvelle épingle de plus, si bien que, le onzième jour, la cicatrisation se trouva complète.

Le dix-septième jour après son amputation, M. L... descendit de son lit et resta une partie de la journée assis, la jambe étendue sur un coussin.

Deux semaines après le moignon, déjà endurci, pouvait

offrir un point de sustentation solide au poids du corps. Le malade s'exerça à affermir son moignon pour le jour où il mettrait la jambe articulée qu'il avait commandée à M. Mathieu. Pendant tout le temps que dura cette préparation jamais un seul instant la solidité de la cicatrice ne se démentit. Il n'y eut ni douleur, ni excoriation, ni ulcération.

M. L... nous a quittés le 25 mai. Son moignon, que nous avons fait mouler, offre une extrémité arrondie formée par le lambeau postérieur qui se relève en avant pour venir rejoindre, après un trajet de onze centimètres, la ligne antérieure de section des parties molles. La cicatrice, parfaitement linéaire, se trouve ainsi placée à six centimètres au-dessus du point le moins élevé du moignon. Elle n'est donc jamais comprimée pendant la marche. Lorsqu'on examine le lambeau postérieur, on le sent doublé dans le sens antéro-postérieur, d'une sorte de ruban très-dur, qui semble lui former un squelette. C'est le tendon d'Achille. J'ajoute que le membre amputé a retrouvé son volume normal, et les mesures comparatives avec la jambe gauche sont exactement semblables. Enfin, depuis un mois et demi que cet homme se sert de son appareil prothétique, l'état de la cicatrice n'a pas varié.

M. Larrey. Je désire faire remarquer que les observations de M. Laborie viennent une fois de plus confirmer la thèse que j'ai toujours soutenue, à savoir que les amputations de la partie inférieure de la jambe, très-séduisantes par leur innocuité, conduisent à des résultats qui sont ultérieurement presque toujours mauvais.

M. Perrin. J'ai opéré un vieillard de 75 ans et j'ai obtenu un résultat qui vient confirmer les opinions de M. Laborie. Dans l'amputation sus-malléolaire, il faut mettre de côté tous les anciens procédés dont le type est représenté par l'opération de Lenoir et se rattacher à l'amputation avec un grand lambeau postérieur, laquelle fournit un résultat définitivement bon.

M. Trélat. J'entends formuler autour de moi une opinion dont je désire être l'interprète. L'opéré de M. Laborie n'a point été amputé au-dessus des malléoles, la section a porté beaucoup plus haut, et cela par la nécessité d'avoir un grand lambeau postérieur. Ce n'est point une critique mais une rectification que je formule ; du reste je crois qu'il y a avantage, sous le rapport de la prothèse, à ce que le segment conservé de la jambe ne soit point trop long.

M. Guyon. Je suis partisan du lambeau postérieur, car j'ai

eu deux fois occasion d'observer la gangrène du petit lambeau antérieur.

M. Verneuil. J'ai depuis longtemps rejeté l'amputation circulaire; j'emploie le procédé à lambeaux et je crois qu'il est utile de conserver un petit lambeau antérieur. Ce dernier sert à recouvrir la surface de section, ce qui a beaucoup d'avantages, si l'on veut bien admettre qu'il y a des inconvénients à rechercher la réunion immédiate dans les amputations.

M. Laborie. L'observation de M. Trélat est très-exacte, l'amputation que j'ai pratiquée devrait prendre le nom d'amputation à la partie intérieure de la jambe.

Si l'on sectionnait les os immédiatement au-dessus des malléoles, il serait impossible d'avoir un lambeau postérieur suffisant.

J'ai vu un bon nombre d'opérés, chez lesquels le moignon s'ulcérait continuellement, et c'est la raison pour laquelle j'ai abandonné l'amputation sus-malléolaire pour avoir recours à la modification dont j'ai entretenu la Société. Je recherche toujours, pour ma part, la réunion par première intention; sur vingt-huit amputations pratiquées successivement j'ai obtenu vingt-quatre guérisons.

M. Desormeaux. Je fais toujours les amputations de la jambe à lambeaux et les résultats que j'ai obtenus me paraissent supérieurs à ceux qui sont fournis par la méthode circulaire. Je crois utile de conserver un petit lambeau antérieur comme un moyen de faciliter l'adhésion du lambeau postérieur. Je suis partisan de la réunion immédiate, car elle est sans inconvénient, et, lorsque la tentative échoue, on se trouve exactement dans les mêmes conditions où l'on serait si l'on n'avait point cherché une adhésion immédiate.

Dans l'amputation sus-malléolaire, je crois qu'il est bon d'utiliser la peau du talon; le même lambeau que l'on taille pour la déarticulation du pied est encore très-favorable lorsqu'on coupe les os au-dessus des malléoles.

M. Guérin. Je ne partage pas l'opinion qui a été émise par nos collègues; je donne la préférence au lambeau latéral interne.

J'ai autrefois présenté un malade chez lequel le résultat était parfait; le lambeau plantaire interne, que l'on serait tenté de croire trop long, remplit parfaitement les indications; il s'applique parfaitement sur la surface de section des os et favorise, par cela même, la réunion immédiate. Voici comment je procède; je dessine avec le bistouri les contours du lambeau latéral.

puis je désarticule franchement le pied, et j'achève la formation du lambeau de dedans en dehors. Une fois le pied détaché j'isole les malléoles, et je pratique la section à deux travers de doigt au-dessus de l'articulation. Un simple brodequin à large talon suffit pour permettre la marche. Le procédé que je viens d'indiquer permet de conserver dans la pratique l'amputation sus-malléolaire, opération qui est préférable à l'amputation de la partie inférieure, en vertu de ce principe que les amputations sont d'autant moins graves qu'elles s'éloignent du centre circulatoire.

M. Perrin. Nous sommes tous d'accord sur l'utilité, dans les amputations du bas de la jambe, d'employer un large lambeau et de mettre la cicatrice en avant. La rigueur de ce principe a conduit M. Laborie à faire remonter trop haut la section des os afin d'avoir un lambeau suffisant. On peut toujours sectionner les os au-dessus des malléoles pourvu qu'on utilise les téguments du pied. Si l'on a le choix, il est préférable de prendre le lambeau plantaire interne qui se recommande par sa vascularité.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Spina-bifida de la région lombaire.

M. Blot soumet à l'examen de la Société un enfant de cinq mois qui porte dans la région lombaire un spina-bifida du volume d'une orange; l'enfant est en outre affecté d'une chute du rectum et d'une chute de l'utérus. M. Blot demande l'avis de la Société sur l'opportunité d'une opération.

M. Boinet. M. Blot hésite, à cause de la gravité d'une opération; je serais d'avis qu'on fît la ponction afin d'éviter la rupture de la poche, accident qui paraît imminent.

M. Després. Dans un cas exactement semblable, j'ai fait dans l'espace d'un mois trois ponctions évacuatrices; ces tentatives ont été sans inconvénient notable; j'ai perdu de vue l'enfant.

M. Guersant. Je serais, dans le cas actuel, partisan des ponctions successives auxquelles on joindrait l'application d'une compression douce. Le cas me paraît grave à cause des complications cérébrales qui paraissent évidentes.

M. Blot. Mon petit malade est évidemment atteint d'hydro-rachis, c'est ce qui me fait éloigner l'idée d'une opération. La

tumeur me paraît cloisonnée, ce qui serait un obstacle à l'évacuation du liquide par une ponction.

M. Giraldès. Je trouve une contre-indication à la ponction dans l'écartement des sutures du crâne et dans l'élargissement des fontanelles. J'ai toujours remarqué que la guérison du spina-bifida était, dans ces conditions, suivie d'une hydro-céphalie mortelle. Dans l'espèce, les ponctions sont dangereuses, et loin de redouter la rupture de la poche, je considérerais ce symptôme comme une tendance vers la guérison spontanée.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

Appareil électrique pour faciliter la recherche des projectiles cachés dans la profondeur des tissus.

M. Wilson Moore présente un appareil très-ingénieux qui a été imaginé par M. Sylvan de Wilde.

M. Guyon fait remarquer que des appareils analogues ont été proposés par divers savants, et que l'un d'eux se trouve figuré dans le « Traité de chirurgie d'armée » de M. Legouest.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 30 OCTOBRE 1867

Présidence de M. Legouest

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

Une observation de M. Bourguet (d'Aix), membre correspondant, intitulée :

Éléphantiasis très-volumineux de la vulve, compliqué de cystocèle périnéale. — Lésion de la vessie au moment de l'opération. — Péritonite consécutive. — Mort.

L'observation suivante nous a paru offrir un assez vif intérêt pour être communiquée à la Société de chirurgie. Elle présente en effet, en dehors de la nature spéciale de la tumeur qui s'observe rarement dans nos contrées, et de son volume qui était un des plus considérables dont la science ait enregistré des exemples chez la femme, un enseignement clinique qui ne doit pas être perdu de vue dans des circonstances analogues : nous voulons parler de la coexistence d'une hernie de la vessie avec la tumeur éléphantiasique, complication non diagnostiquée pendant la vie ni au moment de l'opération, et à laquelle il convient cependant de rapporter la mort de la malade.

Obs. — Philippine A..., de Pourrières (Var), âgée de dix-huit ans bien constituée, d'une bonne santé habituelle, issue de parents bien portants, réglée depuis l'âge de quatorze ans, nous est adressée dans le courant du mois d'août 1866, par notre confrère, M. Giraud, médecin à Pourrières.

Voici les renseignements qui nous sont transmis par ce médecin et confirmés par la jeune fille et sa mère qui l'accompagne :

Philippine a vu paraître, il y a cinq ou six ans, sans cause appréciable, une petite tumeur dure, du volume d'une fraise ou d'une noisette, vers la face externe de la grande lèvre du côté droit. Insensiblement, cette tumeur a pris de l'accroissement, sans que l'apparition de règles et leur retour périodique, qui a eu lieu régulièrement depuis, aient paru exercer la moindre influence sur les progrès de la tumeur. Pendant longtemps, la malade, par un sentiment de pudeur naturel à son âge, n'a confié à personne l'existence de cette maladie. C'est tout à fait par hasard que sa mère en a fait la découverte, il y a environ un an, dans un moment où Philippine avait eu ses robes accrochées et relevées en descendant d'une charrette.

L'examen auquel nous procédons immédiatement, nous permet de constater l'existence d'un éléphantiasis de la vulve, d'un volume véritablement monstrueux, ainsi qu'on peut s'en assurer par la figure photographique que nous en donnons ici.

La tumeur irrégulièrement piriforme, bosselée sur plusieurs points de sa surface, lourde, élastique, entièrement insensible,

présente 29 centimètres de son sommet à sa base, et 47 centimètres dans sa plus grande circonférence; elle est comme suspendue entre les cuisses de la malade qu'elle tient fortement écartées l'une de l'autre, et descend en bas jusqu'à la partie supérieure du mollet; la peau qui la recouvre est saine et mobile presque partout; elle présente seulement dans quelques endroits des stries analogues à celles que l'on rencontre sur l'abdomen chez les anciens hydropiques ou les femmes qui ont fait des enfants; elle s'implanta par un large pédicule sur le côté droit de la vulve, depuis le milieu de la région inguinale jusqu'à la région fessière; le vagin est attiré en bas, et son ouverture antérieure déviée à gauche, ainsi que l'urètre, dont l'orifice se trouve caché derrière la saillie formée par la partie supérieure de la tumeur sur le côté droit de la vulve. Cette disposition a pour conséquence de gêner considérablement la miction, l'urine s'écoulant en bavant, ou bien le jet en étant dirigé vers la partie interne et supérieure de la cuisse gauche, de telle sorte que, malgré toutes les attitudes et toutes les précautions que la malade peut prendre, elle souille constamment ses vêtements; il n'y existe ni douleurs ni élancements; jamais elle n'a été le siège d'érysipèles, ni d'inflammations érythémateuses; son accroissement, comme nous l'avons dit, s'est fait lentement, mais d'une manière continue; depuis huit à dix mois surtout, cet accroissement a été plus rapide; au point où les choses en sont arrivées, non-seulement cette énorme intumescence incommode et gêne au plus haut degré par son poids et son volume, mais elle empêche encore la malade de s'asseoir et de travailler.

En face d'un pareil état, nous considérons l'opération comme la seule ressource à employer, et nous soumettons cet avis à la jeune fille et à sa mère, en prévenant toutefois cette dernière de la gravité et des dangers d'une opération chirurgicale.

Celle-ci est pratiquée le 4 septembre 1866, en présence et avec le concours de nos confrères, MM. Rimbaud, Gouyet, Castellan et Giraud.

Après avoir obtenu l'insensibilité à l'aide du chloroforme, la tumeur est ramenée en avant sur l'abdomen. Une première incision elliptique permet de la circonscrire en arrière et en dedans, afin de détruire tout d'abord ses insertions du côté de la fesse, de l'anus et du vagin. Ce premier temps de l'opération est assez laborieux, à cause de l'hémorrhagie et des nombreux prolongements cellulaires que la tumeur envoie dans ces diverses directions. Cependant, elle est heureusement menée à bonne fin, grâce à la précaution de faire agir les doigts et le manche du scalpel plus souvent encore que l'instrument tranchant, sans que nous ayons plus de cinq à six ligatures à pratiquer.

La tumeur, une fois dégagée de ses adhérences internes et

postérieures, est attaquée à sa face externe à l'aide d'une nouvelle incision elliptique partant du pli du milieu de l'aîne et venant se réunir en bas à la première, en conservant, bien entendu, la quantité de téguments reconnue nécessaire. Cette seconde dissection se fait avec infiniment plus de facilité, et ne nécessite l'application que de trois ou quatre ligatures. Mais, arrivé au niveau de la branche ascendante de l'ischion et descendante du pubis nous reconnaissons que la tumeur se prolonge du côté du bassin, sous forme de nombreuses digitations très-résistantes ; la dissection en est poursuivie avec beaucoup de ménagements, tantôt avec les doigts et le manche du scalpel, tantôt avec le bistouri et les ciseaux ; puis, comme ce qui reste encore de tissu morbide peut être facilement pédiculisé, en vue de nous mettre plus sûrement à l'abri de l'hémorrhagie, nous appliquons la chaîne d'un écraseur linéaire autour de ce pédicule, qui présente environ 25 millimètres de diamètre, et nous faisons agir l'instrument qui en opère lentement la section.

Celle-ci réalisée, et la tumeur complètement enlevée, nous reconnaissons avec une pénible surprise que de l'urine s'écoule par la plaie, et qu'une solution de continuité existe à la vessie.

Voici ce qui venait de se passer :

La tumeur, ainsi que nous l'avons dit plus haut, s'implantait, non-seulement dans la région inguinale, en dehors de la grande lèvre droite et du côté de la région fessière ; mais elle envoyait encore de nombreux prolongements vers les organes contenus dans le petit bassin, en particulier sur le côté droit du vagin et du rectum. Quelques-uns de ces prolongements, pénétrant plus profondément, étaient arrivés jusque sur le bas-fond de la vessie ; et, fixés ainsi d'une part à cet organe, de l'autre, faisant corps avec la tumeur éléphantiasique, ils avaient attiré peu à peu cette portion du réservoir de l'urine dans la région périnéale, en éraillant et écartant quelques fibres de l'aponévrose pelvienne et du releveur de l'anus, aidés dans cette action par le poids considérable de la tumeur et les déplacements qu'elle tendait à produire sur tous les organes du voisinage. Il en était résulté un changement complet dans les rapports normaux, et probablement dans la forme de la vessie, son déplacement de haut en bas, et enfin sa présence dans la région périnéale, dans le point même qui venait d'être sectionné par l'écraseur linéaire, et que nous avions considéré, avec tous nos confrères, comme formant exclusivement le pédicule de la tumeur éléphantiasique.

Ces réflexions qui se présentèrent alors à notre esprit arrivaient malheureusement trop tard. La vessie, nous venons de le dire, était ouverte ; on y constatait une solution de continuité de 3 centimètres environ d'étendue, dont les bords s'écar-

tèrent aussitôt la section terminée, et qui remonta brusquement ensuite dans l'intérieur du bassin. Que faire alors ? Fallait-il aller chercher de nouveau la vessie, la ramener à l'extérieur, et tâcher de rapprocher les bords de la plaie à l'aide de la suture ; ou bien était-il préférable de se borner à faciliter, le plus possible, l'écoulement de l'urine à l'extérieur, et d'attendre ?

C'est à ce dernier parti que nous crûmes devoir nous arrêter, en raison des difficultés que nous laissait entrevoir l'application de la suture, jointes à l'incertitude de ses résultats ; la malade était d'ailleurs très-fatiguée et très-affaiblie, l'opération ayant duré près de trois quarts d'heure. La plaie fut donc réunie dans toute sa partie supérieure, et laissée béante dans le reste de son étendue ; la sonde en S de Marion Syms fut placée à demeure dans la vessie ; une longue mèche de linge enduite de cérat fut introduite profondément placée dans l'angle postérieur de la plaie dont elle servit à maintenir les lèvres écartées, et des applications froides furent faites sur le périnée.

La journée et la nuit furent passables ; la malade prit du bouillon et un peu de vin ; mais, dès le lendemain, des symptômes de péritonite se déclarèrent ; ils augmentèrent rapidement d'intensité, et la mort eut lieu deux jours après, le 7 septembre.

A notre grand regret, l'autopsie ne put pas être pratiquée.

Examen de la tumeur. — Incisée sur plusieurs points de son étendue, elle paraît constituée exclusivement par des faisceaux de fibres de tissu lamineux renfermant une assez grande quantité de sérosité un peu épaisse dans leur intervalle ; on y découvre, en trois points différents, des kystes séreux de volume variable, dont le principal peut contenir de 50 à 60 grammes de liquide ; pesée très-exactement, après que les kystes ont été ouverts, et que plusieurs incisions ayant laissé s'écouler de la sérosité, ont été pratiquées, la tumeur pèse encore 8 kilogrammes 700 grammes ; les digitations ou prolongements cellulaires qu'elle envoyait dans les organes du voisinage, en particulier sur la portion de la vessie restée adhérente à la tumeur, présentent une grande résistance et se séparent très-difficilement de la face externe de ce viscère ; aussi a-t-on quelque peine à les isoler, et n'y parvient-on qu'en les déchirant ou les arrachant de vive force. Ce qui reste de la vessie, et adhère à la tumeur, forme un lambeau taillé un peu irrégulièrement, de bien près de 5 centimètres carrés, dans lequel on reconnaît très-distinctement les tuniques muqueuse et musculouse, il n'y a pas eu d'examen microscopique.

— Par le même auteur, « Mémoire sur un nouveau procédé d'amputation du pénis. » Les conclusions de ce travail seront publiées au bulletin.

— « Notice sur l'oreillon, » par M. le D^r Ladureau, médecin major à Cambrai. (Commission : MM. Labbé, Tillaux, Després, rapporteur.)

« Observation de polype utérin, écrasement linéaire, guérison, » par M. le D^r Monteil (de Mende). (Commission : MM. Guyon, Lefort, Tarnier, rapporteur.)

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux de la semaine.

— « La Gazette médicale de Strasbourg. »

— « Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique, » année 1867, t. 1^{er}, n^{os} 5, 6, 7.

— « Mémoire sur le traitement des taches de la cornée, » par le D^r Raphaël Castorani.

A propos de la correspondance, M. Després fait observer qu'il lui paraît indispensable de formuler une restriction relativement à l'observation déposée par M. Bourguet (d'Aix). Suivant M. Després, l'observation devrait prendre le titre suivant : « Molluscum éléphantiasique. »

MM. Drouineau (de La Rochelle) et Michel (de Strasbourg) assistent à la séance.

M. le Président invite les candidats, pour la place de membre titulaire, à faire parvenir sans plus de retard leurs titres, le rapport devant être fait dans la première quinzaine de novembre.

M. le président informe la Société que le bureau a été d'avis de déclarer vacantes cinq places de membres correspondants nationaux et cinq places de membres correspondants étrangers.

PRÉSENTATION DES MALADES

Polypes du larynx.

M. Giraldès. Je sou mets à l'examen de la Société un enfant âgé de neuf ans et demi, que j'ai opéré il y a quatre ans maintenant, pour une affection grave des voies aériennes. Une première fois, cet enfant fut pris d'accidents asphyxiques et je dus lui pratiquer la trachéotomie. Un peu plus tard, les mêmes accidents se représentant, je songai à un polype du larynx. L'examen de cet organe n'ayant point été possible, je soumis l'enfant aux vapeurs de chloroforme, et je pus constater avec le doigt, au niveau de l'orifice supérieur du larynx, l'existence de

masses polypeuses considérables. J'employai l'instrument de M. Mathieu, et en plusieurs tentatives je pus extraire gros comme une cerise de ces végétations. Depuis, diverses circonstances n'ont pas permis de poursuivre l'opération, et l'enfant a dû garder sa canule pendant près de quatre ans. Aujourd'hui je crois la guérison complète. La canule a été enlevée; le malade n'a plus eu d'accès de suffocation; la voix n'est pas trop altérée, et tout fait supposer que l'enfant est maintenant hors de danger.

M. Trélat. L'instrument dont s'est servi M. Giraldès a été construit sur mes indications: il a, du reste, la plus grande analogie avec l'amygdalotome à détente, qui se trouve figuré dans Scultet.

RAPPORT

M. Broca fait un rapport verbal :

1° Sur un travail ayant pour titre :

« Nouvelle théorie de l'asthme, nouveau traitement curatif de la gangrène sénile, » par le docteur Ségers (de Bruxelles).

2° Sur un travail intitulé : « Anatomie pathologique et symptomatologie de la fièvre jaune, » par M. Da Costa Alvarenza.

COMMUNICATION

Nouvelles applications de la compression digitale dans le traitement des diverses maladies.

M. Vanzetti donne lecture du travail suivant :

**De la compression digitale artérielle
comme traitement des inflammations phlegmoneuses et
articulaires des membres.**

La pratique chirurgicale de tous les jours ne fait que confirmer le danger qui accompagne les inflammations aiguës, surtout traumatiques des articulations, ainsi que la gravité souvent extrême du phlegmon diffus des membres.

Tandis que les affections de la première catégorie amènent facilement la suppuration dévastatrice des articulations, et même la mort, le phlegmon diffus cause, « fréquemment, » lui,

la gangrène de vastes portions du tégument, du tissu cellulaire sous-cutané et intermusculaire, la nécrose des os, etc.; et lorsque la guérison a pu être obtenue, souvent les membres restent profondément altérés dans leur structure, et leur forme inapte au libre et complet exercice de leurs fonctions.

Je crois que tous les chirurgiens penseront comme moi : que la thérapeutique employée contre ces affections est peu satisfaisante, incertaine, souvent infidèle, si héroïque qu'elle soit : aussi de tout temps on a fait de nombreux efforts pour créer des méthodes de traitement plus efficaces, afin de lutter avantageusement contre ces redoutables affections.

Il y a près d'une dizaine d'années que j'ai proposé (1) et que j'emploie pour traiter ces maladies une méthode thérapeutique surpassant de beaucoup en efficacité toutes les autres, en ce qu'elle est tout à fait innocente en elle-même, et capable néanmoins de dissiper complètement l'inflammation en très-peu de temps, quand elle est employée avant que les tissus malades ne soient profondément altérés ou détruits. Elle consiste dans l'interception de l'afflux trop considérable du sang dans la partie malade, au moyen de la compression digitale du tronc artériel du membre, laquelle est faite tantôt d'une manière continue, tantôt même intermittente, pendant un certain nombre d'heures; de dix à vingt, rarement plus de vingt-quatre heures.

Depuis sa publication, cette méthode de traitement a été accueillie avec faveur par un certain nombre de chirurgiens, qui, l'ayant adoptée, en ont été très-satisfaits. Le Mémoire, dans lequel je l'avais proposée, avec l'appui de quelques observations recueillies à ma clinique, a été reproduit dans « l'Union Médicale (2), » de même que dans les principaux journaux d'Angleterre (3) et d'Allemagne (4). Successivement des observations très-intéressantes de guérisons obtenues furent publiées

(1) Sulla cura dell' infiammazione colla compressione digitale. « Giornale veneto di scienze mediche. » Volume X, série II. 1858.

(2) « L'Union médicale. » 1858, n. 115 et 155.

(3) « Medical Times and Gazette. » March 19. 1858.

(4) « Schmidt's Jahrbücher, » etc.

dans les journaux médicaux (1) du nord de l'Italie par MM. les docteurs Bernardi, Furchetti, Cucchini, Tosini, Benier, professeurs; Botto (de Gêne), Lamprecht, etc; à Rome, le Dr Ceccarelli en a publié plusieurs autres dans un Mémoire (2) spécial sur ce sujet. En France, M. Follin dans son « Traité de pathologie externe (3), » au chapitre inflammation, a fait mention de cette méthode. Des élèves de M. Nélaton m'ont dit qu'elle a été employée avec succès dans sa clinique, pour un cas de phlegmon de la main et de l'avant-bras. En Allemagne, MM. Demme (4) et Neudorfer ont consacré dans leurs ouvrages de chirurgie militaire, un article spécial à ce mode de traitement : ce dernier chirurgien (5), déjà, en 1862, dans un rapport sur les maladies chirurgicales de la garnison de Prague, a émis l'opinion suivante sur la compression digitale :

« Dans les inflammations externes spontanées, et dans celles qui suivent les opérations, nous avons entièrement abandonné le traitement ordinaire antiphlogistique, saignée, nitre, calomel, etc.; et comme unique traitement, nous n'avons employé que la compression digitale. Expérimentée dans plus de cent cas, nous avons acquis la conviction qu'elle surpasse en efficacité tout autre traitement : la chaleur, la rougeur, le douleur s'éteignent bientôt, même en n'employant que la compression intermittente. Ainsi la compression digitale, proposée par le professeur Vanzetti, acquiert toujours plus de confiance et de crédit; nous croyons donc devoir la recommander très-chaleureusement. Elle sert en outre, dans beaucoup de cas, à diminuer les sécrétions purulentes trop copieuses. »

Enfin, d'après le témoignage du D. Milliot, qui s'est occupé

(1) « Giornale veneto di scienze mediche, 1858, » et « Gazzetta medica italiana : provincie venere. » 1858, 1859, 1860, 1861, 1862.

(2) A. Ceccarelli. « Della compressione in chirurgia e particolarmente della compressione digitale nella cura delle infiammazione esterne. » Roma, 1865.

(3) H. Demme. « Militar-Chirurgische studien, » p. 101.

(4) Allem. « Medischinische Wiener Zeitung, n. 7. » Joibr, 1862.

(5) Follin. « Traité élémentaire de pathologie externe. » Paris, 1861, p. 18.

de la compression préventive dans le traumatisme, cette méthode a été employée, également avec succès, en Russie, à Vrien, dans la clinique chirurgicale de M. le professeur Hübhenet contre un phlegmon de l'avant-bras.

Malgré ces témoignages en faveur de ce mode de traitement, malgré les observations publiées par les auteurs susnommés constatant sa grande utilité; il est certain qu'il n'est encore ni suffisamment connu, ni employé par la « majorité » des chirurgiens, qui, en France, en Allemagne, en Angleterre, et dans le midi de l'Italie même, continuent toujours à se servir des moyens thérapeutiques ordinaires, sans essayer la compression digitale, se privant ainsi d'un remède infiniment plus puissant et d'une efficacité vraiment « surprenante. »

C'est à dessein que je dis « surprenante » ; car dans toutes les observations de guérison publiées, j'ai trouvé que leurs auteurs ont manifesté un grand étonnement des résultats très-rapides, très-manifestes et souvent inespérés, qu'ils virent se produire par son emploi.

De si beaux succès, obtenus par d'autres aussi bien que par moi, me font un devoir d'insister aujourd'hui de toutes mes forces, afin que cette méthode soit plus largement expérimentée par mes confrères, et devienne ainsi le traitement classique des inflammations phlegmoneuses des membres ou des inflammations des articulations.

Je crois d'autant plus nécessaire de m'appesantir sur ce sujet, que, tout récemment, les journaux médicaux de Londres (1) nous apprennent que M. Little, au London Hospital, dans un cas d'arthrite aiguë traumatique du genou, lia, d'après le conseil de M. Mauder, la fémorale et l'artère humérale dans un cas d'inflammation aiguë de la paume de la main, avec un plein succès.

Je ne puis qu'applaudir à l'idée de ces deux chirurgiens éminents d'avoir intercepté le cours du sang dans l'artère principale du membre malade, et je les félicite de la guérison qu'ils

(1) « The Lancet. » June 15, 1867, pag. 751, et « Medical Times » and « Gazette », June 22, 1867, pag. 707.

ont obtenue. Mais, n'est-ce pas assumer une trop grande part de responsabilité que de pratiquer la ligature de l'artère principale d'un membre avant que d'avoir essayé le moyen, si simple et si inoffensif de la compression digitale, qui conduit facilement au même résultat, de diminuer ou supprimer l'afflux du sang artériel dans la partie malade ? Et cette compression, que l'on peut modifier instantanément, selon les symptômes, a, en outre, l'avantage de ne changer en rien les conditions physiologiques de la circulation, une fois la guérison obtenue ; ce qui n'est pas le cas pour la ligature, qui reste, d'ailleurs, toujours possible, si la compression est inefficace.

C'est pour ce motif que M. Jackson, chirurgien de l'hôpital de Sheffield, s'empessa de faire suivre l'annonce de l'opération de M. Little, d'une observation (1) d'arthrite aiguë traumatique, qu'il avait guérie, peu de mois auparavant, par la compression de l'artère fémorale, au moyen d'un tourniquet. Malgré les inconvénients qu'il rencontra par ce mode de compression, il n'hésita pas à faire ressortir les avantages de ce moyen de guérir, sans avoir à faire subir aux malades une opération sanglante.

Cette observation de M. Jackson donna à M. G. Frapenard (de Gannat), l'occasion d'adresser, dans « L'Union médicale » (2), une réclamation en faveur de son père, qui avait, en 1859, essayé la compression digitale dans un cas d'arthrite aiguë. — Il est très-probable que ni M. Mauder, ni M. Jackson, ni M. E. Frapenard n'ont eu connaissance du Mémoire, publié en 1858, dans lequel j'ai proposé la compression digitale contre les inflammations des membres (3), ni les observations publiées ensuite dans les journaux de médecine.

D'après tout ce qui précède, on voit que la compression digitale contre l'inflammation reste un traitement fort peu connu, et qu'il est à désirer qu'il le soit davantage. Si la Société de

(1) « The Lancet. » June 29, 1867, p. 794. — « L'Union médicale », n° 87, 20 juillet 1867.

(2) N° 108. 7 septembre 1867.

(3) Ce Mémoire renferme justement une observation d'arthrite aiguë de l'articulation radio-carpienne, guérie par la compression artérielle.

chirurgie, en le discutant et en l'expérimentant, venait à le sanctionner, son avenir serait désormais assuré.

A cet effet, je viens demander à la Société de vouloir bien faire de ce mode de traitement, l'objet d'une série d'expérimentations dans des cas appropriés à son emploi, et, d'après les résultats qu'elle en aura obtenus, prononcer son verdict.

J'ose lui faire cette demande avec d'autant plus de confiance, que les succès déjà obtenus et publiés par les chirurgiens mentionnés plus haut me donnent l'espoir de voir se produire de nombreux cas de guérison, rectifiant l'utilité et l'importance de ma méthode, et ainsi me prouver que je n'ai point été influencé par une trop grande tendresse envers elle.

Pour ma part, je me ferai dorénavant un devoir de faire parvenir à la Société toutes les observations que je pourrai recueillir sur ce sujet, soit à ma clinique, soit auprès de mes collègues d'Italie, au concours obligeant desquels je fais appel, afin que les observations soient aussi multipliées que possible.

Je vous demande dès aujourd'hui la permission de commencer, en vous faisant la narration de trois observations à l'appui de la thèse que je viens de soutenir devant vous. La troisième de ces observations, quoique ne se rapportant pas aux inflammations phlegmoneuses ou articulaires, mais à une affection spéciale toute différente, ne pourra, je crois, qu'étendre davantage le nombre des applications de la compression digitale artérielle.

**Phlegmon très-grave
du membre supérieur gauche. — Compression digitale. —
Guérison très-rapide.**

Il y a trois mois à peu près que le D^r Brunetta, médecin distingué à la Prata près de Pordenone, m'appela en consultation pour un de ses malades. A cette occasion, ce confrère me fit part des beaux succès qu'il avait obtenus dans sa pratique au moyen de la compression digitale des artères dans les inflammations phlegmoneuses des membres et dans celles des articulations, traitement qu'il avait adopté depuis l'époque où je l'avais proposé.

Parmi les guérisons obtenues, il m'en cita une, dont l'intérêt me parut si grand que j'ai prié mon honorable confrère de vouloir bien m'en donner l'observation pour la communiquer à la Société. Il accéda à ma prière avec une courtoisie dont je suis heureux de lui témoigner ma reconnaissance, et me remit l'observation suivante.

« Le 6 juin 1863, je fus appelé auprès d'un paysan, âgé de 45 ans environ, alité depuis cinq jours.

» Le malade qui se fait passer, dans la localité, comme savant dans l'art vétérinaire, avait eu, quelques jours auparavant, à extraire du ventre d'une vache son fœtus. Ne réussissant pas avec les mains, il employa un crochet, qui ayant lâché prise, vint le blesser, très-superficiellement, à la paume de la main gauche.

» Cette lésion, si légère que le paysan n'y fit pas attention, fut cause d'un phlegmon très-intense du membre, accompagné de symptômes généraux excessivement sérieux.

» A ma première visite, faite comme je l'ai dit, cinq jours après le début de la maladie, je trouvai le malade au lit avec l'avant-bras et une grande partie du bras gauche tellement enflés qu'ils paraissaient doublés de volume : la peau en était très-tendue, luisante, de couleur rouge très-foncée, livide et bleuâtre, avec de larges phlyctènes sur le dos de la main. La physionomie du malade était décomposée, son œil était languissant, sa voix faible et rauque, le pouls misérable, la température du corps au-dessous de la normale, avec grande prostration physique et morale.

» Je fus effrayé d'un ensemble de symptômes si terribles ; et, en présence d'un état d'adynamie si profonde, je me suis demandé, s'il n'y avait pas eu absorption d'un virus par la petite blessure que le malade s'était faite. Je prescrivis une décoction de quinquina avec une eau aromatique laudanisée, et, songeant aux moyens les plus prompts et les plus sûrs pour arrêter l'érysipèle phlegmoneux qui menaçait le bras de gangrène, je me mis de suite à pratiquer la compression digitale de l'artère humérale à son tiers supérieur.

» Heureusement je pus trouver, parmi les parents du malade, deux personnes très-intelligentes qui apprirent à faire très-bien la compression.

» Je quittai le malade, après avoir fait comprendre à sa famille combien il était important que la compression fût continuée, non-seulement pendant le reste de la journée, mais aussi toute la nuit, jusqu'à ma visite du lendemain.

» Tout en pensant que ces prescriptions seraient exactement

exécutées, j'avoue m'être éloigné de ce malade avec bien peu d'espoir, tant son état m'avait paru grave et tant il m'avait inspiré de doutes sur la possibilité de lui sauver la vie.

» Le lendemain matin, j'allai revoir ce malade, et, les parents étant encore à leur poste à faire la compression, je le trouvai, avec une inexprimable surprise, ayant une physionomie sereine, ses forces et son moral relevés. Il avait dormi plusieurs heures; mais, ce qui est plus important, le membre pectoral était tout à fait désenflé, presque revenu à son volume normal; on observait seulement un teint tant soit peu livide de la peau, qui était ridée et capable d'être plissée facilement entre les doigts.

» A partir de ce moment, à savoir vingt-quatre heures de compression, je la fis cesser; j'appliquai sur les phlyctènes, qui s'étaient ouvertes, et sur la petite blessure, qui suppurait superficiellement, de la charpie sèche, puis plusieurs tours de bande. Au bout de deux jours le malade, sans autre médication, était complètement guéri. Depuis lors, il n'a éprouvé aucune incommodité dans le bras. »

Par un hasard aussi heureux que singulier, après notre consultation, en retournant en compagnie du Dr Brunetta à Pordenone pour y regagner le chemin de fer, nous rencontrâmes sur la route le même paysan; le docteur l'engagea à me faire le récit du mal qu'il avait essuyé à la suite de l'opération qu'il avait faite quatre ans auparavant sur la vache. — Je regrette de ne pouvoir pas rendre exactement les mots dont ce paysan, très-expressif, se servit pour nous expliquer comme quoi « il se sentait mourir, comme il était à demi-mort, comme quoi il avait senti la vie revenir dans son corps, » du moment où le docteur avait appliqué ses doigts à son membre malade, et au fur et à mesure que l'on continuait à y exercer une pression.

Pustule charbonneuse

du membre supérieur. — Compression digitale. —

Guérison.

François L.... (de l'adoue), âgé de 28 ans, contrefait, se fait admettre dans ma clinique le 31 décembre 1865, pour une enflure considérable de tout le membre pectoral gauche, qui a débuté il y a quatre jours.

A première vue, je crus reconnaître une pustule charbonneuse, et les renseignements fournis par l'interrogatoire du malade nous en donnèrent la certitude.

En effet, il nous raconte qu'il y a huit jours (22 décembre), il

a dépecé un cheval mort de maladie ; il a trouvé dans l'intérieur du corps beaucoup de sérosité jaunâtre, le foie et la rate en bouillie, les intestins de couleur noire, etc. — Il affirme ne pas s'être blessé en exécutant le dépècement de cet animal, ni avoir eu préalablement une écorchure.

Pendant quatre jours, il n'a rien senti ; mais, le soir du cinquième (26 décembre), il aperçoit, à cause d'un picotement incommode qu'il y éprouvait, une petite élévation noirâtre, située vers le poignet, qu'il déchire d'un coup d'ongle en se grattant.

Le 27, au matin, le tiers inférieur de l'avant-bras était le siège d'un gonflement qui, le soir, remontait jusqu'à plus de moitié vers le pli du coude.

Le 28 décembre, l'enflure gagne le coude, et, le 30 décembre, elle a déjà envahi la moitié du bras, se compliquant d'un accès de fièvre avec frissons. Il supporta ce premier accès sans cesser de travailler, allant seulement se coucher ce jour-là plus tôt qu'à l'ordinaire.

Le 31 décembre, le gonflement remonte jusqu'à l'aisselle ; le malade ressent dans tout son membre une tension pénible, des douleurs vives et lancinantes, comme si « son bras allait éclater. » Effrayé de son état, il se fait recevoir ce même jour à l'hôpital.

A son entrée, le 31 décembre au soir, on constate que tout le bras gauche, depuis l'extrémité des doigts jusqu'au creux axillaire, est le siège d'un gonflement considérable. La peau en est violacée, surtout au côté interne de l'avant-bras. Le membre est lourd, très-chaud ; les articulations des phalanges, du corps et du coude ne peuvent exécuter de mouvements, à cause de l'enflure rénitente dont elles sont le siège. — A deux travers de doigt de l'articulation carpienne, sur la face palmaire de l'avant-bras, on voit une pustule du diamètre d'une lentille, déchirée, à fond noir, ayant à son pourtour une couronne de vésicules de la grosseur d'un grain de millet, très-luisantes et pleines d'une sérosité citrine, représentant, à s'y méprendre, le « chaton de la bague entouré de perles, » décrit par les auteurs, comme signe de la pustule maligne. Un autre symptôme, que nous croyons également « pathognomonique » de cette affection, c'est la tension, la rénitence, la dureté « presque ligneuse de l'enflure : » elle s'étendait à tout l'avant-bras, au bras et presque jusqu'à l'aisselle, où elle s'atténuait en un « œdème mou. » La peau présentait en outre l'apparence rugueuse, chagrinée, d'une écorce d'orange, dans toute la moitié inférieure et interne de l'avant-bras. Examinée à la loupe, on reconnaissait que cette apparence mamelonnée et rugueuse de la peau provenait d'une exsudation sous-épidermique, gélati-

neuse, trop épaisse pour former des gouttelettes capables de soulever l'épiderme en forme de bulle ou de phlyctène.

Le malade avait un grand effroi et des angoisses causées par les vives douleurs du bras ; il se plaignait d'élançements par accès, comme si son bras était broyé par la « pression d'un étai. » Cependant sa physionomie n'avait pas l'air « sinistre ; » le pouls était à 75 et mou ; la chaleur du corps, sauf la partie malade, n'était pas sensiblement augmentée.

Traitement. — Cherchant les moyens les plus capables d'arrêter d'une manière prompte et sûre une inflammation qui avait fait en si peu de jours des progrès si rapides et si effrayants, je me décidai à employer la compression digitale, comme s'il se fût agi d'un érysipèle phlegmoneux. Je la fis commencer immédiatement à l'humérale, sans employer aucun autre remède.

Les élèves, animés de leur zèle ordinaire, prirent de suite leurs dispositions pour que deux d'entre eux fussent alternativement occupés à comprimer l'artère, et relevés toutes les deux heures par deux autres.

A cause de l'enflure du bras, on fut obligé de faire la compression dans le creux axillaire, région où elle est toujours beaucoup plus difficile à exercer, et à cause de la finesse et de la sensibilité de la peau, moins bien supportée par les malades. Pour atteindre l'artère il fallait, dans ce cas, vaincre l'œdème, qui terminait le gonflement rénitent du bras, par des pressions exercées le long du trajet de l'artère avec le bout des doigts.

La compression commence à huit heures du soir ; déjà, après une demi-heure, le malade nous dit qu'il n'éprouve plus dans son bras la sensation déchirante qui lui causait auparavant tant d'inquiétudes et d'angoisses générales : il nous montra même qu'il pouvait déjà mouvoir un peu ses doigts, notamment approcher le bout du pouce de celui de l'index et y tenir une monnaie, si on la lui eût donnée. — Après trois heures, le pouce pouvait déjà toucher le bout du « médius » et de « l'annulaire, » mais pas encore l'extrémité du petit doigt, lequel, après huit heures de compression, put être même dépassé.

A huit heures du matin, c'est-à-dire après douze heures de compression totale et aussi continue que possible, on essaya de comprimer la sous-clavière à sa sortie des scalènes, attendu que l'endroit où l'on avait agi commençait à être un peu rouge et douloureux. Mais cette compression de la sous-clavière ne réussit pas bien ; le malade demande qu'on le reprenne à l'endroit primitif, car il éprouvait de nouveau, disait-il, des douleurs, surtout aux environs de la pustule, aussitôt que l'on cessait de comprimer : aussi avertissait-il les personnes qui faisaient la compression, toutes les fois qu'elle n'était pas bien faite. Le moment où l'on changeait les doigts compresseurs

causait également quelques douleurs dans le membre malade, surtout si on les changeait brusquement.

On continua la compression jusqu'à huit heures du soir du 1^{er} janvier, c'est-à-dire vingt-quatre heures. Au bout de ce temps, elle ne fut plus jugée nécessaire. Le bras, en effet, avait continué de diminuer de volume au fur et à mesure de la compression ; les mouvements des doigts, du corps et du coude étaient revenus en grande partie : la rougeur était de beaucoup effacée ; la température tombée presque à l'état normal ; et, ce qui nous parut surtout très-important, la tension extrême, la « dureté presque ligneuse » de l'enflure dissipée complètement, de sorte que le gonflement qui restait encore n'avait plus que les caractères d'un œdème froid qui a conservé l'impression des doigts.

Telles étaient les conditions du membre après vingt-quatre heures de compression. Nous jugeâmes alors que l'inflammation, jugulée, avait perdu tous ses caractères d'acuité primitive, et que, par conséquent, il ne fallait plus, pour achever la guérison, qu'attendre le temps nécessaire, tant à l'absorption des produits d'exsudation qui s'étaient engendrés durant les quatre jours de maladie, qu'à l'élimination de l'eschare, en laquelle était convertie la petite portion du derme où la pustule avait son siège ; enfin, à la réparation et à la cicatrisation de la petite plaie qui devait résulter de cette élimination.

Pour hâter l'absorption de l'exsudation plastique qui entretenait le reste de l'œdème, on fit des fomentations humides et aromatiques sur le membre pendant les huit premiers jours. Elles furent alors supprimées, toute trace d'œdème ayant disparu, le bras ayant repris son volume, ses mouvements, sa souplesse, en un mot ses fonctions et son apparence normale, sauf à l'endroit du siège de la pustule, où, à la place de la tache noire primitive, existait une perforation du derme, de même grandeur, presque exactement circulaire, et comme faite par un emporte-pièce, à bords jaunâtres, entourés de quelque densité. On prescrivit un bain de bras, et on lui appliqua une bande roulée, qu'on eut soin de tenir humide à l'endroit de la perforation. — Au vingtième jour environ, les bords de l'ulcération lenticulaire, ainsi que son fond bourgeoñaient : il en sortait, par une légère pression, une petite quantité de pus mêlé à des flocons de tissu cellulaire. Dans les jours suivants, on reconnut qu'en introduisant une sonde dans la perforation, on pouvait la promener sous le derme dans un « rayon de trois centimètres. » Je continuai à faire maintenir, au moyen d'une bande roulée sèche, une compression modérée sur cette partie : le clapier-sous-cutané et la perforation du derme se cicatrisèrent alors avec assez de rapidité pour permettre au malade de sortir de la clinique le 1^{er} février 1866.

Tous les médecins savent que la pustule maligne est une affection d'une gravité extrême, se terminant souvent par la mort, et qui, alors qu'elle n'a pas cette issue fatale, cause toujours des mortifications plus ou moins étendues des régions où siègeait le mal.

Dans l'état actuel de la science, le moyen généralement adopté pour conjurer les dangers de cette terrible affection, est la destruction, au moyen de cautérisations variées, des parties où siège la pustule. Cette cautérisation se fait dans la supposition qu'un virus délétère, après l'inoculation, s'élabore, pour se propager dans toute l'économie ; la destruction du point initial contaminé, opérée avant l'élaboration du virus supprimant l'infection générale.

J'ai été témoin, il n'y a pas très-longtemps, des graves dégâts que peut produire la pustule maligne, alors qu'elle n'est pas mortelle. Appelé par un collègue à Jiesso, pour y visiter un équarrisseur qui était atteint de pustule charbonneuse sur la face palmaire de l'avant-bras gauche, j'ai trouvé tout ce membre monstrueusement enflé, depuis les doigts jusqu'à l'épaule et la partie correspondante de la poitrine, y compris la racine du cou. Dans ce cas, j'ai également noté la « dureté extrême », presque ligneuse de l'enflure. Une grande partie de la peau de l'avant-bras était manifestement menacée de gangrène, qui, déjà, se montrait en divers points. Le malade, homme de complexion très-robuste, était dans un état d'adynamie profonde, son poulx excessivement faible, filiforme. Il n'était pas possible de songer à la compression digitale, vu l'extrême degré du gonflement. Nous donnâmes à ce malade des doses énormes d'eau-de-vie, et, par bonheur, il put échapper à l'extrême danger qui l'avait assailli ; mais des portions très-étendues de la peau de l'avant-bras tombèrent en gangrène ; en sorte que la cicatrisation demanda beaucoup de temps.

Dans notre observation, les progrès du mal ont été arrêtés dès qu'on commença la compression artérielle ; tous les efforts destructeurs de la pustule se sont bornés à la mortification de la portion de peau où elle siègeait, et d'une portion très-minime de tissu cellulaire sous-cutané. Les symptômes généraux n'eurent pour ainsi dire pas le temps de se développer, dès que le travail morbide local eut été enrayé par la compression digitale seulement.

Si de nouveaux cas de guérison avaient lieu par la simple compression digitale ; s'il était prouvé qu'elle a la puissance de guérir très-promptement la pustule maligne, comme les inflammations aiguës des membres et des articulations, il est aisé de comprendre, d'une part, de quelle importance serait ce nouveau secours thérapeutique, d'une douceur et d'une innocuité

sans comparaison avec le traitement violent actuellement en usage : d'autre part, la théorie admise aujourd'hui sur l'intoxication du virus charbonneux particulièrement, serait peut-être atteinte et pourrait en être modifiée.

Il serait donc bien à désirer que les praticiens qui se trouveront en présence de cas de ce genre, expérimentent ce moyen avec toute la persévérance que commande le but éminemment humanitaire qu'on se propose d'obtenir, et publient leurs résultats, quels qu'ils soient.

Du reste, cette observation de pustule maligne, traitée par la compression digitale, n'est pas la première. Le Dr Lamprecht, médecin très-distingué à Boncade, dans la province de Venise, publia, dans la « Gazette médicale de Padoue » (année 1861, n^o 10, p. 144), une observation qui porte pour titre : « Pustule charbonneuse. — Compression digitale. — Guérison. » Malheureusement, cette observation, trop peu détaillée, ne permet pas d'en tirer une déduction concluante sur les effets réels de la compression. Voici la brève notice qu'il a publiée :

« J. J... avait, au mois de janvier 1861, écorché un veau, mort de splénite charbonneuse. Peu de jours après, deux pustules se développèrent au tiers inférieur de son bras droit. Aux symptômes locaux et généraux observés, le Dr Pasin, médecin du malade, ne douta pas qu'il s'agissait d'une pustule maligne ou charbonneuse. Il ordonna de suite la compression digitale de l'humérale avec un traitement interne approprié. Cette compression, exécutée pendant quarante-huit heures, servit, évidemment, selon moi, d'abord à arrêter le phlegmon diffus, qui, en quelques heures, avait envahi tout le membre dépassant l'aisselle et l'épaule, et peut-être aussi à limiter dans ces parties l'action de ce virus pernicieux, qui tue si rapidement. La menace de gangrène profonde et la gravité des symptômes déterminèrent mon collègue à m'appeler pour la partie chirurgicale. Je trouvai, à l'endroit des deux pustules, de vastes eschares gangréneuses, le membre très-gonflé, indolent, immobile, insensible. Je n'hésitai pas à faire de « nombreuses incisions » et à fendre profondément les eschares ; je couvris le membre de charpie, sur laquelle était étalé de l'onguent iodé, enveloppant ensuite tout le membre avec de la ouate. Le malade a guéri. »

Éléphantiasis de la jambe droite.

Compression digitale de la fémorale. — Guérison.

Pauline S... (de Bovelenta), servante, âgée de 21 ans, est une fille lourde, très-replète et de constitution lymphatique,

bien réglée; elle est reçue dans ma clinique, le 16 février 1861, pour une éléphantiasis de la jambe droite.

La malade ressentait une grande lourdeur et gêne dans les mouvements de cette jambe, dont les téguments étaient de couleur un peu plus foncée. La circonférence surpassait celle du côté sain : au mollet, de 10 centimètres (c'est-à-dire 40 au lieu de 30) ; au-dessus des mollets, de 7 centimètres (soit 27 au lieu de 20), enfin, au dos du pied, de 3 centimètres (25 au lieu de 23). L'enflure remontait à six travers de doigt au-dessus du genou, mais en s'amoindrissant; elle était uniforme, d'une consistance très-rénitente; une pression très-forte, faite avec le bout du doigt, y laissait à peine de traces et ne causait pas de douleur. L'enflure du pied était séparée de celle de la jambe par un sillon très-profond.

D'après les explications de la jeune fille, nous devons croire que la maladie s'est développée à la suite de plusieurs attaques d'érysipèle ou de tympanite, qui, chaque fois, lui causaient de la fièvre, avec chaleur à la jambe, rougeur, douleur, plus un gonflement qui persistait, alors que les autres symptômes disparaissaient. Le premier accès avait eu lieu à l'âge de quatorze ans, le second à dix-sept, le troisième à dix-huit ans; plus tard, les accès se répétèrent plus souvent, sans que la malade puisse en préciser le nombre et les époques. — Le soir, la jambe était toujours plus lourde et un peu plus enflée que le matin.

Cette enflure ayant augmenté très-sensiblement depuis trois mois, la jeune fille en fut effrayée et se fit recevoir à ma clinique.

Les belles guérisons d'éléphantiasis que M. Carnachan venait d'obtenir par la ligature de la fémorale, me donnèrent l'idée d'employer sur cette malade le nouveau mode de traitement. Cependant, le volume de la jambe n'étant pas arrivé au degré extrême qu'on observe quelquefois, bien que la maladie datât de six années, je voulus, avant d'entreprendre une opération sanglante, essayer si je ne pourrais peut-être pas en obtenir la guérison par la compression digitale de la fémorale. Ce moyen me parut, par son innocuité même, devoir primer tous les autres, dût-il prolonger bien plus le traitement que la ligature de la fémorale, dont je restais toujours maître de faire usage en dernier ressort.

Voulant m'éviter toute illusion sur les effets que je pouvais obtenir par cet essai, j'ai d'abord fait garder pendant vingt jours constamment le lit à cette malade, sa jambe étant bandée et sur un plan incliné, afin de ne pas attribuer à la compression digitale des résultats dus seulement au repos horizontal et au bandage compressif.

Au bout de ces vingt jours, le membre ne présentait pas de

changement notable ; son volume était le même que si la malade ne se fût reposée qu'une nuit. Le bandage compressif assez serré, que nous lui avions appliqué, avait causé plusieurs fois des douleurs au coude-pied.

Après quelques jours, pendant lesquels je permis à la malade de se lever et de marcher sans bandage, le 13 mars, soit environ un mois après son entrée, je fis commencer la compression digitale, en ne l'ordonnant que pendant le jour, afin de ne pas troubler le sommeil de la malade.

Dès les neuf premières heures de compression, nous trouvâmes les téguments de la jambe moins foncés en couleur et plus souples ; la malade trouve aussi son membre moins lourd. — Les 14, 15 et 16 mars, on fait à peu près douze heures de compression ; le 17, deux heures seulement, attendu que la malade commence à se plaindre de douleurs à l'endroit où elle s'exerce, et qu'une légère rougeur se montre sur ce même point. — Je dois noter que chez cette malade, la compression présentait certaines difficultés, à cause de son embonpoint, la délicatesse de la peau de l'aîne, enfin, à cause de la faiblesse des battements de son artère fémorale, qui nous laissait quelquefois difficilement apprécier si elle était bien faite.

Le 18 mars j'examinai la jambe et je fus fort étonné des modifications très-sensibles qu'elle nous offrait : sa circonférence avait diminué de deux centimètres, la dureté des téguments était beaucoup moindre : en saisissant le mollet, la peau faisait déjà de petites rides ; par la pression, le doigt laissait un enfoncement assez profond. Un phénomène inattendu et singulier nous surprit tout particulièrement : c'est qu'à la face interne et postérieure du mollet on voyait des « traînées blanchâtres, » qui faisaient contraste avec la couleur sombre du reste des téguments. Les « vergetures » rappelaient exactement celles qu'on observe sur « le ventre des accouchées. »

Du 17 au 21 mars on ne fit pas de compression pour laisser la peau de l'aîne reposer. Durant ces jours je ne voulus pas regarder la jambe pour mieux juger si elle n'avait pas perdu l'amélioration que nous y avions remarquée. A l'examen fait le 21, je fus très-agréablement surpris de constater une amélioration progressive surprenante : la mollesse des téguments avait encore augmenté, ils étaient mous, le doigt y faisait un enfoncement profond avec une pression modérée, on pouvait déjà distinguer un peu la tête du tibia ; en tenant soulevée la jambe et en lui imprimant des secousses on voyait tremblotter un peu le mollet ; les vergetures blanchâtres persistaient toujours, la rainure du coude-pied était moins profonde, la malade était très-gaie du mieux qu'elle-même constatait.

Malheureusement, le traitement a dû être suspendu du

25 mars au 31 avril ; la malade, habituée à une vie active, était prise de céphalalgie intense et de fièvre, dès que son séjour au lit se prolongeait plusieurs jours.

Le 1^{er} mai, sa santé étant depuis deux semaines en bon état, on reprit la compression, que l'on fit douze heures pendant quatre jours, avec amélioration très-manifeste de l'état de la jambe. On appliqua alors un bandage amidonné, et on permit de nouveau à la malade de se lever. Après six jours, nous fûmes obligés de tendre l'appareil pour le rétrécir.

Au bout d'un mois et demi, pendant lequel nous avons eu soin de serrer toujours plus le bandage, la malade, s'en trouvant très-bien, parce qu'il lui permettait de marcher et d'agir, nous demanda de quitter la clinique pour aller reprendre son service. Nous acquiesçâmes à sa demande, en lui enjoignant de continuer de serrer le bandage dès qu'elle le sentirait trop large et de revenir à la clinique pour le renouveler quand il serait usé.

Cette jeune fille vint se faire voir plusieurs fois dans le cours de l'année (1861). Nous trouvâmes que son amélioration, ou, pour mieux dire, sa guérison relative, vraiment surprenante, persistait. Depuis lors je l'avais perdue de vue, et je regrettais beaucoup de n'avoir pu suivre les résultats « définitifs » de son traitement, lorsque, heureusement, le 6 mars 1864, c'est-à-dire presque trois années après sa sortie, cette fille vint de nouveau à la clinique pour visiter une de ses amies. Enchanté de pouvoir constater l'état de sa jambe, nous en fîmes de suite l'examen : nous trouvâmes, à notre grande satisfaction, que son éléphantiasis avait « complètement disparu, » et que sa jambe droite, dont la peau pouvait être soulevée en plis minces, présentait même un léger « degré d'atrophie » relativement à l'autre. — La jeune fille nous dit qu'elle se trouvait en cet état depuis longtemps et qu'elle n'avait jamais cessé de se bander, comme nous le lui avions conseillé. Elle avait, en effet, sa jambe enveloppée d'un bandage très-bien confectionné, composé de tours de bande cousus les uns sur les autres, et recouverts d'empois. Elle changeait cet appareil tous les quinze ou vingt jours.

Le nombre des guérisons obtenues par la ligature de l'artère fémorale est déjà assez considérable pour ne plus laisser de doutes sur l'efficacité de cette méthode. Elle mérite réellement d'être considérée comme une des grandes conquêtes de la chirurgie moderne. La science et l'humanité doivent donc être reconnaissantes à M. Carnachan (de New York), de son heureuse idée d'intercepter le cours du sang, dans le vaisseau principal du membre, contre une maladie qui, jusqu'alors, était réputée incurable et, d'ordinaire, plaçait le malade dans une

situation très-pénible et grave. Je dois cependant faire observer que M. Frayer (de Calcutta) (1) a perdu son malade, de pyémie, trois semaines environ après l'opération. — Si de nouvelles observations viennent prouver que la guérison de cette maladie a lieu au moyen de la simple compression digitale, on comprend quel immense avantage il y aura, pour les malades, mis ainsi à l'abri des dangers inhérents aux opérations sanglantes. Nous croyons donc devoir recommander aux chirurgiens d'essayer d'abord de la compression digitale.

COMMUNICATION.

M. Drouineau présente à la Société plusieurs échantillons de calculs vésicaux et relate les observations suivantes, qui sont empruntées à un travail qui sera publié ultérieurement.

Obs. I. — 1^o Calcul urétral, irrégulier et rare, développé dans les régions prostatique et membraneuse, dont il a pris la forme et la courbure. Sans adhérence.

2^o Calcul vésical de six centimètres sur cinq, volumineux, qui s'est accru dans une vessie profondément altérée, avec des adhérences certaines.

M....., ex-sous-officier de cavalerie, 59 ans, avait, dès sa tendre jeunesse, des symptômes de dysurie, et rendait parfois des graviers. Il s'engagea dans la cavalerie et fit des campagnes ; au corps, on le traita pour un catarrhe vésical avec dysurie, compliqué de rétrécissement urétral par divers moyens. De plus en plus malade, il fut réformé. Il vint à La Rochelle ; il éprouvait alors de grandes difficultés à uriner ; il se servait de sondes très-fines.

Il vint me consulter le 20 février 1852. Après renseignements pris, je proposai le cathétérisme ; une petite sonde métallique rencontra facilement un corps étranger dans la partie membraneuse, qui s'opposa à son passage. Un examen du périnée me fit connaître que ce calcul s'étendait du bulbe au col de la vessie.

A quelques jours de là, je fis, avec l'assistance de plusieurs confrères, une taille urétrale facile et sans accident. La pierre extraite, j'explorai la vessie ; une sonde moyenne ne pénétra pas complètement ; un calcul très-volumineux la remplissait. Point d'urine ; injection impossible. Je crus à une pierre volumineuse adhérente. Mes confrères et moi jugeâmes

(1) « Edinburgh med. » : journ. novem. 1865. — « Gazette des hôpitaux », n^o 126, 26 octobre 1867.

toute opération impossible. La plaie urétrale guérit à l'aide de sondes à demeure.

Quelque temps après, il se développa chez ce malade, dont la santé était gravement altérée, une bronchite chronique purulente à laquelle il succomba, plusieurs mois après son opération.

Un examen de la vessie nous fit reconnaître que cette pierre était réellement adhérente à la membrane muqueuse, épaissie, ulcérée ; que de petites végétations pénétraient, évidemment, dans les petites cavités de la substance calcaire. A l'aide des doigts, je parvins, avec peine, à extraire ce calcul de cette vessie profondément altérée.

OBS. II. T...., 22 ans, calcul de six centimètres sur trois, de forme très-irrégulière.

Le jeune T.... fut pris, dès son enfance, de dysurie grave, causée par une chute sur le périnée, qui avait déterminé un rétrécissement urétral. — Il éprouva fréquemment des symptômes de cystique chronique. La dysurie s'aggrava de plus en plus. Je parvins à dilater le canal, pour pratiquer le cathétérisme. — La sonde métallique me fit découvrir un autre obstacle au col, obstrué en partie par un calcul. Je le repoussai dans la vessie ; je fis une injection, et le lithomètre mesura une pierre de six centimètres. La lithotritie fut jugée impossible ou trop difficile. Une taille bilatérale fut faite ; l'opération fut courte et heureuse, quoique l'extraction de cette pierre, engagée dans le col, présentât quelques difficultés. Aucun accident, aucune complication ne survinrent pendant les quinze premiers jours. — La plaie, en grande partie cicatrisée, les urines passaient par le canal ; mais, bientôt, il se manifesta des symptômes d'une affection pulmonaire des plus graves, et, trois mois après, T.... succombait à une phthisie caractérisée. On ne permit pas l'examen de la vessie. Lors de l'opération, après l'extraction de la pierre, j'introduisis mon doigt jusque dans la vessie, et j'acquis la certitude d'une altération profonde de la muqueuse vésicale par le séjour prolongé de la pierre.

OBS. III. A...., capitaine de port à Saint-Denis (Ile d'Oléron), 70 ans, portait, depuis cinq ans, un calcul qui, mesuré au lithomètre, avait 7 centimètres sur quatre. Du 12 novembre au 9 décembre 1862, il supporta douze séances de broiement, qui furent faciles et heureuses par le résultat. Ce marin, de nature très-irritable, fut pris d'un tel accès de nostalgie, qu'il fut obligé de retourner dans son Ile avant l'extraction complète de sa pierre. Il ne revint que sept mois après, dans un tel état de souffrance et la vessie tellement malade et irritée que la lithotritie n'était plus praticable.

Une taille bilatérale fut pratiquée; l'opération n'offrit aucun incident remarquable; elle donna pour résultat la sortie facile de sept petites pierres. La cicatrisation s'est effectuée sans accident, et le malade revint à un état parfait de santé.

L'examen de ces petites pierres nous a présenté quelques phénomènes assez rares à constater. L'une d'elles a été cassée, et l'on trouva à son centre un fragment du calcul broyé, qui lui a servi de noyau. Sans aucun doute, chaque pierre a été formée de la même manière. Toutes ces petites pierres ont pris un volume et une forme différents, suivant la grosseur du fragment, et cela dans l'espace de sept mois.

M. A.... conserve une excellente santé; en m'envoyant dernièrement ces petites pierres, qu'il conserve précieusement, il m'a appris qu'il y a quinze mois il eut un accès de colique néphritique qui eut pour terminaison la sortie d'un petit gravier rougeâtre.

Obs. IV. P...., propriétaire, 70 ans, habitant la campagne, à la ville pour ses affaires, éprouva, sans beaucoup de souffrance, une dysurie très-grande; je le sondai immédiatement avec une sonde de gomme; en retirant ma sonde avec lenteur, j'eus la sensation d'un corps étranger, situé derrière le col. Je fis une injection avec une sonde métallique; malgré quelques recherches, je ne trouvai pas la pierre. Je pris un brise-pierre lithomètre, et je saisis facilement une petite pierre, de trois centimètres, que je broyai de suite. — Deux autres séances ont suffi pour délivrer la vessie du petit calcul.

Depuis ce fait, deux autres se sont présentés et m'ont donné le preuve que le cathétérisme explorateur, avec la sonde, devient souvent insuffisant à trouver les corps étrangers; que les recherches avec le brise-pierre sont préférables.

M. Marjolin insiste sur la gravité des affections rénales dans le traitement des maladies calculeuses. Il profite de l'occasion pour prier M. Legouest de relater une observation de blessure du rein gauche par arme à feu.

M. Legouest. — J'ai été à même de constater la guérison d'une plaie du rein par coup de feu, pendant la campagne d'Orient; en voici l'observation, telle que je l'ai recueillie :

Le sieur Delos, fusilier au 6^m de ligne, né à Sissiac (Ardèche), 26 ans, blessé devant Sébastopol le 5 novembre 1864, entre dans mon service le 21.

Coup de feu ayant fracturé comminutivement la cuisse gauche vers le tiers supérieur. — Second coup de feu traversant l'hypochondre gauche.

Diarrhée. Vives douleurs de ventre. Fièvre ardente. Teinte jaune de la peau.

Extraction des esquilles. Membre placé sur un plan incliné.

— L'indocilité du malade oblige à laisser le membre sans appareil. Opium à hautes doses. Cataplasme laudanisé sur l'abdomen.

A la date du 7 décembre : Alternatives de bien et de mal. La plaie antérieure de l'abdomen est cicatrisée.

10 décembre. Recrudescence de vives douleurs à l'épigastre.

28 décembre. Envies de vomir. Teinte terreuse de la peau. Un peu de fièvre le soir. Douleurs épigastriques. Les plaies de l'abdomen sont cicatrisées toutes deux. Suppuration abondante de la fracture de la cuisse.

5 janvier 1865. Etat général mauvais. Néanmoins la fracture de la cuisse est à peu près consolidée ; cal énorme ; trajets fistuleux multiples ; suppuration modérée. Difformité de la cuisse en Y ; le malade n'ayant jamais voulu supporter un appareil.

Le 10 janvier. Mort d'infection putride.

Autopsie. — Cal très-volumineux, peu solide, renfermant encore de nombreuses esquilles baignées dans la suppuration.

Le coup de feu de l'abdomen n'a pas pénétré dans le péritoine. — Adhérences nombreuses du rein gauche avec les parties voisines.

Le rein présente une cicatrice considérable vers son milieu ; elle offre une dépression centrale d'où partent cinq ou six rayons en étoile, comme si le tissu de l'organe avait éclaté sous l'action du projectile ; la dépression centrale et les rayons qui en émanent sont constitués par du tissu fibroïde, blanc, et très-résistant.

Le blessé n'avait jamais rendu du sang par l'urèthre, ni d'urine par les plaies de l'abdomen.

M. Guyon. Dans une recherche, portant sur un grand nombre d'observations, j'ai pu m'assurer que, dans les contusions étendues, la lésion simultanée de la rate et du rein gauche pouvait être considérée comme la règle presque absolue.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 6 NOVEMBRE 1867.

Présidence de M. Legouest.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance imprimée comprend :

- Les journaux de la semaine.
- Gazette des Hôpitaux.
- Union médicale.
- Gazette hebdomadaire.
- Médecine contemporaine.
- Le Bulletin de thérapeutique.
- Archives générales de médecine, novembre 1867.
- Revue médicale de Toulouse, octobre 1867.
- Union médicale de la Provence, octobre 1867.
- Journal de médecine de l'Ouest, Nantes, octobre 1867.
- Des bains de mer, hygiène générale de santé publique, par M. le D^r Payan (d'Aix).
- De l'anthrax et du traitement le plus rationnel à lui opposer, par le même auteur.
- Osservazione di cefalotriassia per dissetto grave alla conjugata sacro publico, par le D^r Chiara (de Parme).
- Rapport sur les cas de mort survenus à Lyon depuis la découverte de l'anesthésie, et qui peuvent être mis à la charge de l'éther, par le D^r Gayet, chirurgien de l'Hôtel-Dieu à Lyon.

Mémoire sur un nouveau procédé d'amputation du pénis

Par M. BOURGUET (d'Aix), membre correspondant.

Voici les conclusions de ce mémoire :

1^o Pour prévenir l'atrésie de l'urèthre à la suite de l'amputation du pénis, on doit chercher à reproduire les conditions normales du méat urinaire ;

2^o Ce but peut être atteint en formant deux lambeaux larges

et épais, aux dépens de la muqueuse et du tissu spongieux qui la double extérieurement. Ces lambeaux sont ensuite rabattus sur le moignon et fixés dans cette nouvelle position au moyen des serre-fines ou de la suture métallique;

3° En procédant de la sorte, on reporte en dehors la ligne de cicatrisation de la plaie, on permet aux lèvres du nouveau méat d'être attirées dans ce dernier sens par la rétraction du tissu cicatriciel, et on éloigne ainsi les chances de coarctation consécutive;

4° La division longitudinale de la verge rend la formation de ces lambeaux très-facile et n'allonge pas beaucoup l'opération;

5° Cette méthode permet, en outre, de constater avec plus de facilité l'étendue de la dégénérescence dans les cas de cancer;

6° L'écrasement linéaire présente des avantages pour la section des corps caverneux, les autres temps de l'opération (division de la verge, taille des lambeaux, division circulaire des téguments) doivent être pratiqués par l'instrument tranchant.

M. Giraldès. Parmi les pièces de la correspondance se trouve le rapport de M. Gayet (de Lyon). Je crois, pour ma part, que les cas de mort résultant de l'emploi de l'éther sont plus nombreux qu'on ne le pense généralement. La Société médicale de Boston en a signalé 40 exemples. Dans mon article « Anesthésie, du Dictionnaire, » j'ai fait remarquer que les partisans de l'éther faisaient tous leurs efforts pour innocenter cet agent anesthésique; il n'est point douteux que si l'on procédait de la même manière, on arrivât à décharger le chloroforme d'un bon nombre de morts qui peuvent être attribuées à des lésions organiques préexistantes. Je me résume en disant que l'éther n'est peut-être pas un agent aussi inoffensif qu'on semble vouloir l'établir.

COMMUNICATION

Observations diverses de pratique chirurgicale

M. Vanzetti fait la communication suivante :

L'essor que l'ovariotomie a pris en Europe depuis quelques années, est dû surtout à la savante et courageuse impulsion que lui a donnée M. Clay (de Manchester), car, déjà en 1843, il avait

fait cette grande opération une vingtaine de fois, avec des résultats très-encourageants.

Ayant assisté, il y a vingt-quatre années, à plusieurs des opérations faites par cet habile chirurgien, et vu guérir plusieurs de ses opérées, j'eus la conviction que cette opération serait légitimement admise dans la pratique chirurgicale, malgré l'opposition qu'à cette époque la majorité des chirurgiens manifesta contre elle.

Je l'ai donc proposée à toutes mes malades chez lesquelles les kystes ovariens qu'elles portaient me paraissaient indiquer l'opération, et l'ai pratiquée sur toutes celles qui consentirent à la subir.

Le nombre de ces malades se borne à trois : j'opérai la première, en 1846, à Charkoff (Russie), la seconde à Padoue, en 1859, la troisième à Vérone, en 1860. Chez toutes mes trois opérées, le kyste était multiloculaire, d'un énorme volume, avec un état général ne laissant aucun doute sur l'issue fatale de la maladie, si l'on n'intervenait pas par une opération radicale.

Malheureusement, aucune de ces ovariectomies n'a été couronnée de succès. Toutes les malades supportèrent très-bien l'opération, donnant, pendant les premiers jours, l'espoir d'un succès. Je perdis ma première opérée le huitième jour; la seconde, le vingt et unième; la troisième, le septième. La seconde de ces malades présenta, après l'opération, des complications très-extraordinaires. Les lésions extrêmement graves trouvées dans les viscères abdominaux après la mort, sont bien propres à exciter notre étonnement, en montrant à quel point de tolérance peuvent arriver certaines personnes, dont la vie persiste pendant quelque temps, alors que chez d'autres, elle s'éteint précipitamment avec des lésions à peine sensibles sur le cadavre.

Malgré ces trois revers, j'ai continué à considérer l'ovariectomie comme une opération éminemment utile, et les succès qui, depuis peu d'années, se multiplient de plus en plus, ne peuvent, naturellement, que m'affermir dans cette croyance.

Je n'hésiterai donc pas à l'entreprendre encore toutes les fois que mes malades se présenteront affectées de kystes ovariens mettant leur existence en péril; mais je crois devoir m'abstenir d'opérer, lorsque les femmes ont des kystes de médiocre volume,

stationnaires ou lentement progressifs, et que l'état général permet de pronostiquer une santé relativement tolérable pendant quelques années. Il est certain qu'une opération entreprise dans ces dernières conditions aurait de bien meilleures chances de réussite ; mais, quoique l'expérience prouve aujourd'hui que l'ovariotomie soit moins dangereuse que plusieurs des grandes opérations chirurgicales admises depuis longtemps dans la pratique, l'incertitude du succès me paraît devoir ne l'indiquer positivement que lorsque le danger est réel et éminent.

Si je publie aujourd'hui ces trois observations d'ovariotomie, c'est uniquement pour compléter la statistique de cette opération. Je ne pense pas que ces trois insuccès puissent lui faire du tort, son mérite étant actuellement reconnu.

Kyste multiloculaire de l'ovaire. — Ovariectomie. — Mort le huitième jour.

En mai 1846, une dame de la province de Ekaterinoslaw vint à Charkoff me consulter, pour une énorme tumeur abdominale.

Cette dame avait 29 ans, était d'une taille élancée et très-maigre, d'une constitution délicate, très-nerveuse et très-intelligente, mariée depuis quatre ans, et sans enfants. Les règles étaient supprimées depuis environ douze mois. Le développement du ventre au début, il y a deux ans, allait toujours progressivement.

A l'examen, je trouvai une tumeur élastique, bosselée, occupant toute la cavité abdominale, et dépassant les hypochondres. De l'appendice xyphoïde au pubis, je trouve quatre-vingts centimètres. Matité générale : le nombril est proéminent, sous forme de petite hernie, remplie par du liquide péritonéal. La tumeur a déprimé la paroi supérieure du vagin. La malade n'a jamais ressenti aucune espèce de douleurs dans le ventre ; elle n'a pas d'œdème aux membres inférieurs.

Un amaigrissement et affaiblissement progressifs et très-marqués, joints à une gêne extrême résultant du volume considérable de son abdomen, ont jeté cette jeune femme dans un état d'affliction d'autant plus grand qu'elle s'est formé une juste idée de la gravité de sa situation, et qu'elle désespère de jamais guérir, vu l'inutilité de tous les traitements employés sur elle.

Je pensais que l'ovariotomie pouvait être faite ; car le développement lent et sans accidents de péritonite, faisait supposer l'absence d'adhérences de la tumeur, et l'état de la malade indiquait une issue fatale comme certaine, si on n'agissait pas.

Je ne crus pas que le volume extrême de la tumeur, et la nécessité d'une plaie très-étendue fussent une contre-indication, ayant vu des ovariectomies réussir pour des tumeurs plus volumineuses encore, chez le D^r Clay.

Je fis comprendre à cette dame que l'unique moyen capable de la guérir serait d'enlever sa tumeur par une opération, dont je ne crus pas devoir lui cacher les dangers et les incertitudes. — Dès qu'elle entrevit la possibilité d'une guérison, malgré toutes les chances fâcheuses dont elle pouvait être menacée, cette dame se ranima soudain, l'espoir brilla sur sa figure, et, d'un ton résolu, elle m'imposa presque l'ordre de l'opérer dès le lendemain.

Surpris de son courage, je lui expliquai que cette opération demandait certains soins et préparatifs spéciaux; qu'il fallait qu'elle fit venir ses parents, et surtout sa mère, pour la soigner: je tenais à avoir d'ailleurs leur consentement particulier.

Ses parents étant arrivés, et toutes choses ayant été arrangées selon mes désirs, je procédai, le 16 mai 1846, à l'opération, dans une maison particulière, en présence des docteurs Hahn, professeur d'accouchements; Albracht, professeur de clinique médicale; Kalinickno, professeur de physiologie; enfin Rindowsky, agrégé à la Faculté de Karnoff, et d'autres praticiens de la ville.

Je fis la grande incision, telle que je l'avais vu faire au D^r Clay, commençant à quatre doigts au-dessous de l'appendice xyphoïde et se prolongeant jusqu'au pubis. Les lèvres de cette longue plaie s'écartent presque spontanément, et l'immense tumeur, qui n'était retenue par aucune adhérence, cédant à une légère traction, sort très-facilement de la cavité abdominale, bien maintenue par des aides. Elle tenait, par un long pédicule de la grosseur du petit doigt, à l'ovaire droit. J'étreignis fortement ce pédicule dans un fort cordonnet de soie, puis j'en fis la section près du kyste. La plaie fut réunie très-exactement par des points de suture entortillée, rapprochés et comprenant le péritoine; l'extrémité du cordon fut fixée à l'angle inférieur de la plaie.

La malade supporta cette opération avec un courage surprenant, sans avoir laissé échapper une plainte et sans s'évanouir. Elle fut remise dans son lit, après qu'on eut appliqué sur le ventre une couche de coton cardé, maintenu par un bandage de corps assez serré.

17. La nuit a été satisfaisante; le ventre est souple; la malade n'y ressent que de légères douleurs; le pouls est petit, à 105; mais il y a beaucoup de faiblesse.

18. La réaction est très-modérée; le ventre n'est pas ballonné, peu douloureux; mais la physionomie de la malade est

abattue; elle se plaint de sa prostration et de quelques nausées, n'a point d'appétit; le pouls bat 115.

19-24. L'affaissement continue; les nausées persistent, et la malade est prise quelquefois de hauts-de-cœur. Les jours suivants, le pouls devient de plus en plus fréquent; le ventre est un peu ballonné et sensible; la prostration des forces augmente toujours, et la malade s'éteint le huitième jour après son opération. Son intelligence s'est conservée intacte jusqu'au dernier moment.

L'autopsie ne put être faite.

La tumeur enlevée pesait cinquante-cinq livres médicinales russes; elle était formée d'une multitude innombrable de petits kystes à parois assez minces. Le professeur Hallizki a bien voulu en faire une belle préparation sèche, que j'ai déposée dans le musée pathologique de ma clinique, à Charkoff.

Cette ovariectomie a été la première faite en Russie.

OBS. II. — Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche. — Ovariectomie. — Mort le vingt et unième jour.

M... Thérèse, servante, non mariée, taille moyenne, constitution détériorée, 28 ans, est reçue dans ma clinique le 24 novembre 1858.

Elle a eu le choléra en 1855. Ses règles ont été toujours irrégulières et manquent totalement depuis sept mois. Depuis février 1858, elle s'aperçoit de l'accroissement du volume de son abdomen à l'étroitesse de ses robes. Au mois de mars, elle éprouve de violentes douleurs dans le bas-ventre et se fait admettre à l'hôpital, où elle reste plusieurs mois. L'application de sangsues (60 en plusieurs fois), de cataplasmes, et quelques purgatifs eurent raison de ces douleurs; puis, comme on avait reconnu la présence d'un kyste de l'ovaire volumineux, on fit, le 22 septembre, une première ponction à gauche, donnant issue à 12 litres, au moins, d'un liquide gluant, semblable à du miel, par sa couleur et sa densité (1).

Malgré cette ponction, le volume de l'abdomen resta égal à celui d'une femme enceinte de cinq mois.

Huit jours plus tard, on fait une seconde paracentèse du côté opposé (à droite), mais sans obtenir de liquide; répétée dans

(1) Cette opération a été relatée par le Dr F. Mendini, qui en a fait le sujet de sa thèse inaugurale à Pavie, en 1860.

un point différent et peu éloigné, on obtient alors un litre d'un liquide semblable à de la colle d'amidon filante, et une petite diminution de volume du ventre, lequel, au bout de deux mois, revient au volume pathologique qu'il avait avant la première ponction. C'est alors qu'elle est admise dans la clinique de chirurgie.

L'examen nous fait reconnaître également un kyste de l'ovaire, divisé en deux tumeurs, une droite et une gauche, d'un volume considérable. La malade souffre davantage couchée que dans la station verticale; elle se plaint surtout du volume et du poids de son ventre, qui, dans sa plus grande circonférence, mesure 109 centimètres.

L'appendice xyphoïde est proéminent, repoussé en avant formant un angle de 60 degrés.

Le 3 décembre, la circonférence de l'abdomen a encore augmenté et mesure 112 centimètres. Les jambes commencent à devenir œdémateuses.

Le 11 décembre, la circonférence abdominale égale 114 centimètres. On fait une ponction sur la ligne blanche, à trois travers de doigt au-dessous du nombril, qui donne issue à 11 litres d'un liquide ayant les apparences de l'huile d'olive. Malgré cette opération, le volume reste presque le même; mais on peut mieux reconnaître par la palpation les inégalités et l'élasticité rénitente du kyste.

15 janvier 1859. L'enflure a repris ses dimensions primitives (114 centimètres). L'œdème des membres inférieurs est augmenté; la malade se plaint beaucoup de la gêne qu'elle éprouve, ne pouvant trouver une position qui lui permette de dormir ou de respirer facilement.

Le 27 janvier, nouvelle (et quatrième) paracentèse, donnant issue à 11 litres et demi de liquide encore semblable à de l'huile.

24 mars. Les souffrances sont telles que la malade réclame d'elle-même l'ovariotomie proposée dès son entrée dans la clinique.

Les dimensions du ventre sont aujourd'hui de 65 centimètres, d'une épine iliaque antérieure à l'autre; de l'appendice xyphoïde au pubis, 71 centimètres; du nombril à l'épine iliaque antérieure et supérieure droite, 34 centimètres; à la gauche, 40 centimètres.

La circonférence abdominale totale, au niveau du nombril, 130 centimètres.

Nous procédons à l'opération le 26 mars 1859, vers onze heures, en présence de la plupart des professeurs de la Faculté, des élèves et docteurs de la ville, car c'est la première ovariotomie exécutée en Italie.

La vessie est vidée; puis je pratique une incision de 10 centimètres, à partir du nombril, sur la ligne blanche, pénétrant couches par couches dans la cavité abdominale.

La tumeur est à découvert: la main, introduite par l'incision, trouve à droite et à gauche des adhérences facilement lacérées. J'agrandis alors l'incision, jusqu'à un travers de doigt du pubis, et, en haut, de 10 à 12 centimètres au-dessus du nombril.

Mais la tumeur étant trop volumineuse pour sortir par cette large incision, on la ponctionne avec un gros trois-quart en plusieurs points sans rien obtenir, vu que la consistance épaisse et gluante comme gélatineuse, du liquide, l'empêche de sortir. J'introduisis ma main droite dans le fond du petit bassin, la glissant sur la face antérieure, puis au-dessous de la tumeur; je pus alors la soulever et en amener dehors toute la moitié inférieure. La partie supérieure du kyste put être dégagée facilement de la cavité abdominale, n'étant retenue par aucune adhérence.

Cette immense tumeur une fois sortie du ventre, et soutenue par plusieurs aides, on vit qu'un pédicule, du volume du doigt, la reliait d'une part à l'ovaire droit, et que, de ce point pour aller à la tumeur, il envoyait une expansion membraneuse mince qui s'y étalait en forme d'éventail. Cette membrane fut incisée par deux coups de ciseaux, puis le pédicule, après avoir été transpercé en son milieu par une aiguille armée de deux forts cordonnets de soie, fut étreint fortement entre deux ligatures.

On enlève alors le kyste en sectionnant le pédicule au-dessus de la double ligature, dont les chefs sont placés vers le pubis. On absterge ensuite la cavité abdominale de la petite quantité de sang qu'elle contenait, et on réunit les deux lèvres de la plaie par six aiguilles d'argent qui traversent le péritoine, et autant de points de suture ne comprenant que les couches superficielles.

Le pédicule est fixé en bas par le dernier point de suture. La malade, non chloroformée, a supporté l'opération sans défaillances, quoique, un quart d'heure après, elle fût très-faible et

eût besoin d'être aspergée d'un peu d'eau froide. On applique un bandage de corps maintenant des compresses trempées dans une infusion d'arnica.

Rapportée dans son lit vers midi, elle éprouve, un quart d'heure après, des envies de vomir passagères. Le soir, elle est mieux; moins faible, assez gaie, son pouls très-variable, étant tantôt à 107, ou à 116, ou à 125. Vers minuit, elle se plaint de douleurs abdominales:

27 mars. Facies abattu, l'œil languissant, le pouls plus soutenu qu'hier, à 106. Elle est couchée toujours sur le côté droit, et, dans cette attitude, son ventre ressemble, quoique bandé, à une *immense vessie à demi vide*. Les douleurs éprouvées actuellement par la malade lui semblent moins fortes que celles ressenties autrefois. Pas de nausées ni vomissements. Le soir, le pouls est à 112.

28 mars. La malade n'a pas de fièvre de réaction; elle a un peu reposé la nuit. Le ventre donne un peu de résonnance à la percussion, sans être ni ballonné ni sensible à la pression. Le pouls est à 126. La malade se plaint par moments d'éprouver des coliques; elle se tourne seule, tantôt sur le côté gauche, tantôt sur le côté droit. Nausées vers le soir.

29 mars. Grande faiblesse ce matin, avec quelques envies de vomir; pas de chaleur à la peau; langue humide; pouls 112-120. — Douleurs de ventre du côté droit, sur lequel la malade se couche de préférence. Sensibilité avec un peu de tympanite de l'abdomen. Vers neuf heures du soir, la malade se sent mieux; elle est plus gaie. Prise d'une fausse envie d'aller à la selle, elle voudrait se lever; on administre un lavement émollient. Envies de vomir toutes les fois qu'elle prend quelque liquide.

30 mars. Le sommeil a été interrompu par de fréquentes envies de vomir, même sans rien prendre. Il y a quelques secousses de hoquet. Le météorisme a un peu augmenté. Les douleurs sont ressenties plus vivement vers la vessie que dans les autres parties du ventre. La malade réclame l'aide d'une sonde, qui permet d'évacuer une grande quantité d'urine.

A quatre heures après midi, je la trouve très-faible, pleine d'anxiété, avec la peau chaude, en pleine fièvre de réaction; le pouls est plus fort, à 115-130.

J'ordonne une onction avec l'onguent napolitain sur tout le ventre, que l'on recouvre ensuite d'une couche de glace pilée retenue entre deux linges.

Vers sept heures, une selle liquide spontanée, un peu fétide, suivie, deux heures après, d'une légère amélioration dans l'état de la malade.

31 mars. Nuit agitée avec intervalles de sommeil; deux selles spontanées, diarrhéiques. Vers cinq heures du matin, la malade prend, sur sa demande, un peu de café et de pain. A six heures, je la trouve avec le pouls à 104; le ventre moins météorisé, supportant dans toute son étendue une pression modérée; il est flasque et pendant du côté où est couchée la malade.

Vers sept heures, le pouls n'a plus que 96. — A dix heures, la malade ressent une grande chaleur interne, des douleurs dans tout le corps, surtout à l'épine dorsale; elle se couche maintenant plutôt sur le côté gauche.

On réapplique de la glace pilée sur le ventre pendant une heure; elle est supprimée à cause de la vive sensation de froid général qu'éprouve la malade.

De quatre à huit heures du soir, augmentation de la chaleur de la peau; pouls à 108; le ventre supporte une pression modérée; une selle liquide, quelques envies de vomir.

A dix heures du soir. La malade gémit beaucoup; on trouve au niveau de l'avant-dernier point de suture en bas un pertuis, par lequel sort un liquide couleur de café noir un peu fétide. — Une pilule d'un centigramme de morphine.

1^{er} avril, sept heures. Ce matin, à la visite, la malade dit avoir passé une excellente nuit avec rêves agréables. Physiologie bonne, chaleur naturelle, pouls 110, deux selles diarrhéiques, dans la nuit: deux vomissements au moment de notre interrogatoire. — Tendances à de la chaleur exagérée.

A dix heures du soir, je puis facilement et sans douleurs comprimer le ventre pour faciliter la sortie du liquide brunâtre qui y est contenu. Elle me réclame de la morphine, se sentant capable d'aller en chercher, si je lui refusais.

2 avril. Sommeil interrompu par des douleurs vives, des brûlures vers la région mammaire droite. Je trouve la malade assoupie, avec des contractions spasmodiques de temps à autre, aux commissures des lèvres et au front. Elle continue à se plaindre de brûlures dans le ventre. Pouls à 112, teinte terreuse de la peau, — plaie cicatrisée; les sutures sont enlevées, et remplacées par des bandelettes de sparadrap. Elle vomit plusieurs fois dans la journée, et va très-mal; de huit heures à dix heures du soir, elle va mieux, est plus gaie, plaisante même;

elle a une selle avec des vents. Je puis presser sur le ventre sans causer de douleurs; il reste souple, et permet à la malade de rester couchée sur le côté. — Une pilule morphine 0,01.

3 avril. La malade a dormi plusieurs heures, physionomie bonne ce matin, une selle endiarrhée jaune verdâtre : elle ne se plaint plus de douleurs, à peine quelques envies de vomir; pouls à 115-120, chaleur modérée, la langue reste toujours humide comme auparavant. On peut exercer une pression forte sur le ventre sans amener de douleurs.

A huit heures du soir, la malade se félicite de sa bonne journée; elle est toujours couchée sur le côté, tantôt droit, tantôt gauche, ne se plaint d'aucune douleur. L'abdomen est flasque, sans météorisme. Il y a eu encore plusieurs selles dans la journée.

4 avril. Nuit assez bonne, pas de vomissements, une selle, pas de douleurs au ventre, mais bien dans le reste du corps. Pendant la journée, il y a de la somnolence, la respiration s'accélère et devient tout à fait supérieure. Le pouls soutenu est à 115-120.

La malade se plaint de faiblesse, son ventre reste souple et indolore; par la pression, il sort par la partie inférieure de la plaie une cuillerée de matière gélatineuse gris cendré.

6 avril. La nuit a été agitée, tendances aux vomissements. Vers le matin, la malade est bien, même gaie, mais elle se plaint de douleurs générales, elle est fatiguée de rester couchée, l'émission de l'urine est accompagnée de sensations de brûlure.

7 avril. Etat général assez satisfaisant. Le ventre est tout à fait indolore, mais la malade est tourmentée par un ténésme vésical très-douloureux.

8 avril. Plaintes vives de douleurs générales avec anxiété et selles fétides. Physionomie abattue, pas de vomissements. — Pouls 120-126 — un moment à 144 : quarante respirations par minute. La vulve est couverte d'une membrane diphthéritique qui s'étend au mont urinaire.

9 avril. Nuit agitée, plusieurs selles liquides avec ténésme douloureux de l'anus et de la vessie. Les ligatures tombent toutes.

10 avril. Nuit plus calme, interrompue seulement par le ténésme vésical et anal. — Pouls 108-112. Quelques vomissements.

11 avril. La nuit a été tranquille, vomissements dans la journée. — Le soir grande faiblesse — pouls à 120, continuation du

ténésme vésical. La malade prend un verre de vin de Chypre avec plaisir.

Par l'angle inférieur de la plaie il sort des matières fécales :

12 avril. La nuit a été tranquille, mais la faiblesse est augmentée. Le vin de Chypre est pris avec plaisir, moins de ténesme vésical. Langue bonne. Le décubitus dorsal est préféré depuis hier. Pendant le sommeil, les contractions de la face revêtent les apparences du rire sardonique, la malade tombe dans le marasme.

13 avril. Ténésme vésical, diarrhée, la malade prend du Chypre et de la brioche. Même facies. L'inclinaison du corps à gauche et à droite fait sortir, par l'angle inférieur de la plaie, des matières fécales pâteuses, pas de douleurs dans le ventre.

14 avril. L'émaciation progresse, sommeil les yeux entr'ouverts, nez froid, langue toujours humide. Plaintes et gémissements, douleurs, surtout en urinant et vers la plaie, surtout lors du passage des matières fécales. La malade prend encore avec plaisir du Chypre, du café, du bouillon ; une selle, ventre souple, indolore.

15 avril. Affaïssement considérable, poulx filiforme. La malade meurt à trois heures après midi, ayant conservé l'intégrité de son intelligence.

Autopsie.

Les viscères adhèrent aux parois antérieures du ventre et entre eux, excepté dans les régions sus-pubiennes, iliaques droites et gauches, et le long du colon ascendant où il existe des exsudats épais et englobant des matières fécales, réunies sous forme d'une vaste poche. Tous les viscères abdominaux, et surtout l'intestin, sont soudés ensemble, par des dépôts fibreux très-résistants surtout en certains points. Les intestins flasques, contenant peu de matières, présentent une multitude de perforations, qui vont depuis la grosseur d'un pois, jusqu'à présenter une perte de substance grande comme une pièce de 50 centimes. Les bords de ces ulcérations sont rouges et renversés en dehors. La muqueuse intestinale est pâle, excepté celle du cœcum et du colon ascendant, qui prend les apparences propres de la dysenterie au premier degré. On trouve un point gangréneux de la grosseur d'un haricot dans le colon ascendant. Les reins sont anémiques, hypertrophiés. La membrane mu-

queuse des organes génito-urinaires, recouverte d'une exsudation jaune grisâtre peu adhérente, est facilement réduite en putrilage. — L'utérus adhère à la vessie, dévié à gauche, et recouvert d'exsudations fibrineuses et de matières fécales. — La trompe et le ligament large du côté droit sont adhérents à l'angle inférieur de la plaie, pas d'ovaire de ce côté. — Les artères et veines comprises dans la ligature présentent un volume double de celui du côté gauche, et sont obturées par des caillots solides. On trouve encore un vaste abcès de la longueur de la paume de la main, creusé sur la surface convexe du foie qui est en outre soudé au diaphragme par des exsudations fibrineuses, qui forment les parois de l'abcès.

Une collection purulente semblable est trouvée derrière la rate.

La tumeur, composée d'une infinité de kystes de différente grandeur, sans masses solides, pesait 50 livres (25 kilogrammes).—M. le D^r Brunetti, professeur d'anatomie pathologique, en a fait une belle préparation sèche, qui se conserve dans le musée pathologique de la Faculté.

Kyste multiloculaire de l'ovaire. — Ovariectomie. — Mort le septième jour.

Angela F....., 40 ans, de petite taille, mariée, depuis treize ans, à un négociant de Vérone, a eu un premier enfant en 1850, un second en 1853, un troisième en 1857.

Dans l'année 1858, son ventre a commencé à grossir; elle crut être enceinte, ses règles ayant cessé. Au bout de neuf mois, n'étant pas accouchée et l'abdomen augmentant toujours, elle appelle le D^r Gelmi, chirurgien en chef de l'hôpital de Vérone, qui reconnut un kyste multiloculaire de l'ovaire. La malade ressentait quelques douleurs vives, passagères, dans le ventre, dont le volume, en 1859, l'empêchait déjà de s'occuper de son ménage, et l'obligeait de rester étendue toute la journée dans un fauteuil. Depuis le commencement de la maladie, il y avait, de temps à autre, des vomissements durant deux à trois jours. Appelé en consultation, je vis cette malade le 3 septembre 1860. Le volume de l'abdomen était énorme; il mesurait, de l'appendice xyphoïde au nombril, quarante-six centimètres, et trente-six centimètres du nombril au pubis. Sa circonférence était, au

niveau du nombril, d'un mètre quarante-quatre millimètres. L'état général était assez satisfaisant, les forces en assez bon état.

Le résultat de la consultation fut d'opérer.

Au bout de quinze jours, la malade, qui avait d'abord hésité, souffrant davantage, et convaincue de l'impuissance de toute espèce de remèdes, se décide, pleine de courage, à se faire opérer. Je me rendis à Vérone chez la malade le 18 septembre, accompagné du D^r Pastorello, professeur d'accouchement à l'université de Padoue et du D^r Vecelli, alors mon chef de clinique. L'opération fut pratiquée à onze heures, avec l'assistance des D^{rs} Gelmi, Scudellari, Massedaglia, Scaramazza, etc.

Je fis une incision de 8 centimètres à partir du nombril vers le pubis, sur la ligne blanche, pénétrant dans la cavité abdominale couches par couches, sans sonde cannelée. La main, introduite par cette incision, trouve, à droite et à gauche, des adhérences qui se laissent facilement rompre. On prolonge alors l'incision, au moyen d'un bistouri boutonné, jusqu'au pubis. Je réintroduis de nouveau la main et je trouve encore des adhérences étendues, à droite et à gauche, que je romps également sans efforts. La tumeur étant trop volumineuse pour passer par la plaie, elle est ponctionnée avec un gros trois-quarts *ad hoc*, mais il ne s'écoule pas de liquide. Une longue et profonde incision est faite avec le bistouri, et il s'écoule alors, par des pressions latérales, neuf bassins d'un liquide grisâtre, très-gluant, semblable en tout point à de l'empois. Malgré cette évacuation, la tumeur ne pouvait pas encore sortir par la plaie, celle-ci fut prolongée en haut de 12 à 14 centimètres, et alors, plongeant les deux bras dans l'abdomen jusqu'au fond du petit bassin, je saisis entre mes deux mains la tumeur, qui, fort heureusement, n'avait pas contracté d'adhérences, et, la soulevant, je l'amenai dehors. Dans cette manœuvre, la partie inférieure, déjà dehors du ventre, entraîna, par son propre poids, facilement, la portion supérieure de la tumeur à laquelle adhéraient quelques anses intestinales, facilement séparées.

La sortie de cette masse énorme, lisse, élastique, nécessita le secours actif de plusieurs aides, afin de la soutenir et la diriger doucement vers le côté droit de la malade, et mettre le pédicule en vue. Celui-ci, bref et gros, tenait au côté gauche, et envoyait une membrane en forme d'éventail, lequel contenait de grosses veines et fut sectionné. Le pédicule fut traversé avec

une aiguille pourvue d'un double lien en soie, puis étreint des deux côtés et sectionné, tout près de la tumeur.

Des pressions prolongées furent exercées sur les parois très-relâchées du ventre, afin d'en faire sortir *tout* le liquide sanguinolent et gluant qui s'y trouvait. La suture de la plaie, faite au moyen de dix-huit épingles, comprenait le péritoine : le bout des deux ligatures fut placé dans l'angle inférieur. Un large morceau d'ouate fut étalé sur le ventre et maintenu par un bandage de corps.

La malade, qui ne fut pas anesthésiée, supporta très-courageusement, et sans syncope l'opération.

Cette ovariectomie fut suivie des symptômes d'une péritonite de médiocre intensité, à laquelle cependant la malade succomba le huitième jour.

L'autopsie montra les intestins couverts d'une exsudation fibrineuse qui les reliait ensemble. La plaie, sauf une très-petite portion de ses deux extrémités, était réunie.

La tumeur, composée d'une multitude de kystes de différentes grosseurs, pesait, y compris le liquide écoulé pendant l'opération, près de soixante-dix livres (35 kilog.). Elle est conservée dans le musée pathologique de Padoue.

Érosion des cartilages du genou. — Résection. — Guérison.

J. R..., paysan des environs de Padoue, âgé de 25 ans, brun, d'une constitution robuste, de tempérament bilieux, commença à ressentir, dans l'année 1861, sans cause appréciable, des douleurs au genou gauche. Malgré l'usage des sources thermales d'Abano, des vésicatoires, des cautères et du repos prolongé, elles augmentèrent, chaque année, de plus en plus, amenant une flexion du genou, mettant le malade dans l'impossibilité de s'adonner à aucune occupation et lui rendant même la vie à charge.

Lors de son entrée à ma clinique, le 10 juin 1865, sa jambe gauche était en demi-flexion, le genou malade un peu plus gros que le sain, et déformé par suite d'une semi-luxation du tibia en arrière et en dehors, avec proéminence exagérée du condyle interne du fémur. Les téguments étaient de couleur normale, un peu épaissis et durs. On pouvait assez bien distinguer les limites de la rotule, qui était immobile, mais sans qu'on puisse recon-

naître si cela provenait de la flexion de la jambe ou de la suture aux condyles. Le moindre mouvement causait des douleurs atroces.

On soupçonna qu'il y avait érosion des cartilages ; et une exploration exacte, faite pendant l'anesthésie, ne laissa plus de doute.

L'extension forcée de la jambe, avec appareil inamovible, les narcotiques à haute dose, soit à l'intérieur, soit par injections hypodermiques, l'iodure de potassium, etc., employés pendant 34 jours, n'ayant produit aucune amélioration, les douleurs étant si violentes que le malade priait qu'on lui coupât la cuisse, nous nous décidâmes à pratiquer la résection du genou.

L'opération fut exécutée le 14 du mois de juillet par une incision en forme de H, le malade étant éthérisé. Après avoir disséqué le lambeau rotulien, coupé les ligaments, fléchi fortement la jambe et mis à découvert ainsi la surface articulaire du fémur et du tibia, on la trouva, dans toute son étendue, dépourvue de cartilages, légèrement raboteuse, très-dure, et parsemée, tout autour, de végétations osseuses. La rotule était tout à fait saine, on la laissa ; on réséqua, avec la scie d'abord, les condyles du fémur, puis la tête du tibia, en y comprenant l'articulation du péroné. Pendant la section du tibia, on ouvrit, dans son épaisseur, une excavation à parois nues, qui aurait pu contenir une noix, sans trace de séquestre ni matière purulente ou tuberculeuse. La surface de résection du fémur était moins étendue que celle du tibia, de sorte que, quand on rapprocha l'une de l'autre ces parties dans la direction convenable, la partie sectionnée du tibia débordait tout autour celle du fémur de 3 à 4 millimètres. On plaça dans le fond de la plaie un tube à drainage, et l'on réunit très-exactement, avec des points de suture, la plaie transversale et les deux latérales ; puis on plaça le membre dans un appareil semblable à celui dont on s'était servi sur le malade de l'observation précédente.

2^e jour. Le malade a passé une bonne nuit, est très-content de son état, ne sentant plus ses douleurs. La réaction est pleinement développée au soir, avec température élevée ; céphalalgie. Pouls, 130.

3^e jour. La fièvre est tombée ; point de céphalalgie, chaleur presque normale ; pouls, 120. — On ôte tous les points de suture ; les plaies transversale et latérales, dans toute leur étendue, sont parfaitement cicatrisées, sauf les points d'émergence du tube à drainage, d'où il sort un peu de pus.

4°, 5°, 6°, 7°, 8° jour. Pouls, 104, 103, 92, 80. Tous ces jours-ci, sortie de très-peu de pus à côté d'un des bouts du tube à drainage, que l'on supprime.

15 jour. Pouls, 86. Depuis l'enlèvement du tube il n'est sorti que très-peu de pus par les deux ouvertures. L'état général du malade et celui du genou sont on ne peut plus satisfaisants.

25° jour. Le genou est un peu enflé et chaud; la température générale un peu élevée; pouls, 98-104. — Craignant que du pus ne soit retenu dans l'intérieur de la plaie et qu'il n'y ait un commencement d'étranglement causé par la bande qui assujettit la cuisse à la gouttière fémorale, on change le *premier* appareil en le remplaçant par un bandage de Scultet et une gouttière continue, dans laquelle on fixe le membre moyennant une bande roulée, qui du pied s'étend à la racine de la cuisse. En ôtant l'appareil, on trouva qu'au côté externe du genou, sous le bord de la bande qui entourait la jambe, il existait l'ouverture d'un abcès, de laquelle on fit sortir une petite cuillerée de matière purulente.

45° jour. Pendant tous ces jours, on a fait sortir du pus par l'ouverture sus-mentionnée; la jambe continue à être un peu œdémateuse; le pouls donne de 100 à 108 pulsations. La plaie transversale et les deux latérales sont parfaitement fermées et leurs cicatrices à peine visibles. — Les portions d'os réséquées ont une longueur de 10 centimètres, fémur et tibia réunis. — A cause des vacances, le malade a passé dans un autre service, où il fut traité, jusqu'au 13 novembre, avec les soins les plus assidus. Dans ce laps de temps, il se forma au côté interne du genou un second abcès, qui fut incisé.

Le 14 novembre, c'est-à-dire précisément quatre mois après l'opération, le malade est de nouveau reçu dans ma clinique. — Son état général était assez satisfaisant, et le cal osseux avait quelque résistance. A la place de l'abcès qu'on avait incisé, il restait une fistule donnant encore du pus; au côté externe existait aussi toujours l'ouverture de l'abcès primitif qui était un peu élargie, et, ce qui nous étonna, c'est que, de son milieu, préminait une saillie osseuse arrondie, du volume d'une petite noix, couverte de bourgeons charnus, saillie qui n'était autre chose qu'une portion du rebord osseux dénudé.

L'aspect du genou malade, sauf cette saillie osseuse bourgeonnante, était presque normal et différait très-peu de celui du genou sain, surtout à cause de la présence de la rotule.

A la fin du mois de décembre, il se forma dans le creux poplitée un nouvel abcès, qui donna issue à une petite portion nécrosée de la marge d'une des surfaces réséquées.

Dès le mois d'avril 1866, le malade commença à se promener dans la cour de l'hôpital, ayant la jambe toujours assujettie dans une gouttière poplitée; pendant tout ce temps, on eut soin, dans le pansement quotidien, de comprimer le fémur de haut en bas pour en faire sortir le pus par les deux petites fistules qui restaient, l'une au côté externe, l'autre au côté interne du genou.

Avant la sortie définitive du malade, au mois de juin, les sinus fistuleux étaient fermés, et la saillie osseuse cicatrisée. La rotule est libre et obéit à la contraction du triceps crural.

De retour chez lui, le malade se sert facilement de son membre et vient tous les jours en ville à pas accéléré, portant seulement à sa chaussure gauche une semelle haute de trois travers de doigt.



On peut voir par la gravure, qui est une copie exacte des
2^e série. — TOME VIII

deux photographies du malade, combien est belle l'apparence du membre opéré.

Tumeur blanche du genou. — Résection. — Guérison.

L... (Joseph), âgé de 9 ans, fils d'un ouvrier, habitant à Lisiéra, dans la province de Vicence, de constitution délicate, très-vif, tombe d'un arbre au printemps de l'année 1864, et se fait au genou droit une contusion, qui, négligée, fut cause d'une inflammation chronique.

Le 17 novembre de la même année, ses parents l'ayant conduit à ma clinique, je reconnus l'existence d'une tumeur blanche, dont la circonférence était de 38 centimètres, celle du genou sain n'étant que de 23 centimètres. Le membre était fléchi presque à angle droit.

Du 18 novembre 1864 jusqu'au 13 décembre, on pratiqua la compression digitale de la fémorale, chaque jour de six à huit heures, ce qui fit diminuer de 2 centimètres le volume du genou malade, et en même temps sa flexion.

Le 13 décembre, on pratiqua l'extension forcée du membre, le malade étant éthérisé, puis on appliqua un appareil ami-donné.

Le 31 décembre, les parents du petit malade, venus pour le visiter, le voyant se promener avec des béquilles, la jambe en parfaite extension, voulurent à tout prix le reconduire à la maison, promettant de nous l'amener de temps à autre.

Le 22 février 1865, on nous ramena le petit malade sans appareil, ayant son genou dans un état pis qu'auparavant : un abcès s'était formé au côté interne de l'articulation.

On réappliqua de suite l'appareil inamovible, et l'on donna intérieurement le fer avec le phosphate de chaux.

Le 28 avril, on ôte l'appareil pour reconnaître l'état du genou, qu'on soupçonnait avoir empiré, vu que l'état général du malade s'était, dans les quinze derniers jours, beaucoup détérioré.

On trouve le genou en très-mauvais état : il s'est formé, au côté externe, un second abcès, qui s'étend jusqu'au trochanter. Cet abcès ayant été incisé, les symptômes généraux devinrent encore plus graves, le dépérissement augmenta tous les jours, et la fièvre hectique menaça si sérieusement la vie du malade

qu'il n'y eut plus de doutes sur la nécessité absolue de faire l'amputation de la jambe ou la résection du genou.

Le 9 mai, je me décide pour cette dernière : une incision en forme de H et la section des ligaments nous ouvrent l'articulation ; on trouve toutes les surfaces articulaires, du fémur, du tibia et de la rotule couvertes d'une pseudo-membrane fongueuse, épaisse, de couleur cendrée, les cartilages détruits, les épiphyses ramollies. — On enlève d'abord la rotule, puis on résèque, à l'aide du couteau, l'extrémité du fémur, précisément aux limites de sa surface articulaire ; enfin, on enlève avec la scie la tête du tibia. En tout, 6 centimètres de longueur, environ 3 1/2 pour le fémur et 2 1/2 pour le tibia.

Après avoir attendu le temps nécessaire pour la cessation du suintement sanguin, on place un tube à drainage en travers dans le fond de la plaie ; ayant amené la surface réséquée du tibia en parfait contact avec celle du fémur ; on réunit les bords des deux plaies latérales et de la plaie transversale avec des points de suture ; enfin, on fixe par des bandes le membre dans l'appareil.

Cet appareil est composé de deux gouttières métalliques, bien matelassées, l'une pour le pied et la jambe, l'autre pour la cuisse ; présentant un écartement de cinq travers de doigt à la région poplitée, mais réunies à ce niveau pour ne former qu'une seule pièce, au moyen de deux arcs métalliques latéraux ; de cette manière, le membre assujéti dans sa totalité à l'appareil est immobilisé, mais la partie correspondant à l'articulation opérée reste libre et accessible aux pansements.

Les suites de l'opération furent on ne peut plus heureuses ; il n'y eut point de réaction sensible : au quatrième jour, on coupe tous les points de suture ; la plaie transversale est réunie par première intention, les deux plaies latérales le sont presque dans toute leur étendue. Par les deux extrémités du tube à drainage, il sort du pus, qui va tomber dans un petit bassin placé au-dessous du genou.

Comme les tours de bande qui enveloppent la cuisse sont très-imbibés de sérosité sanguinolente, on les arrose matin et soir avec de l'eau fortement créosotée pour en empêcher la corruption et pour ne point avoir à les changer, de peur de mouvoir le membre.

Sixième jour. Les bandes qui entourent la cuisse se sont durcies et forment comme un appareil amidonné. Le poulx qui,

avant l'opération, était à 115-120 est maintenant à 100-104, chaleur toujours normale. — En embrassant avec les deux mains la cuisse toujours maintenue dans sa gouttière et en faisant de douces pressions, il sort du tube à drainage beaucoup de pus provenant manifestement en grande partie du vaste abcès qui remontait jusqu'au grand trochanter.

Vingtième jour. Le malade est toujours gai ; le genou est un peu enflé et a pris une forme globuleuse, parce qu'il n'est pas comprimé par les tours de bande, comme la cuisse et la jambe. Sur la cicatrice de la plaie transversale antérieure et sur les deux latérales se sont formées de très-petites exulcérations de forme circulaire ou ovoïde, d'aspect scrofuleux : il sort toujours beaucoup de pus en pressant la cuisse de haut en bas.

Soixantième jour. En pressant la cuisse il sort encore un mince jet de pus à côté du tube à drainage, que l'on supprime aujourd'hui. Les petits ulcères d'aspect scrofuleux persistent toujours.

Soixante-quinzième jour. On change le *premier* appareil. Le genou a conservé sa forme sphéroïdale : en haut et en bas de la région poplitée, on voit la dépression causée par les rebords des gouttières et des bandages qui ont entouré la cuisse et la jambe.

Un cal osseux s'est formé mais n'est pas encore bien solide. En pressant la cuisse de haut en bas, on fait sortir par un petit pertuis externe, resté à la place du tube à drainage un peu de pus. — On applique tout autour du membre un bandage de Scultet, puis on le place dans une gouttière cette fois d'une seule pièce et on l'y fixe par un bandage circulaire.

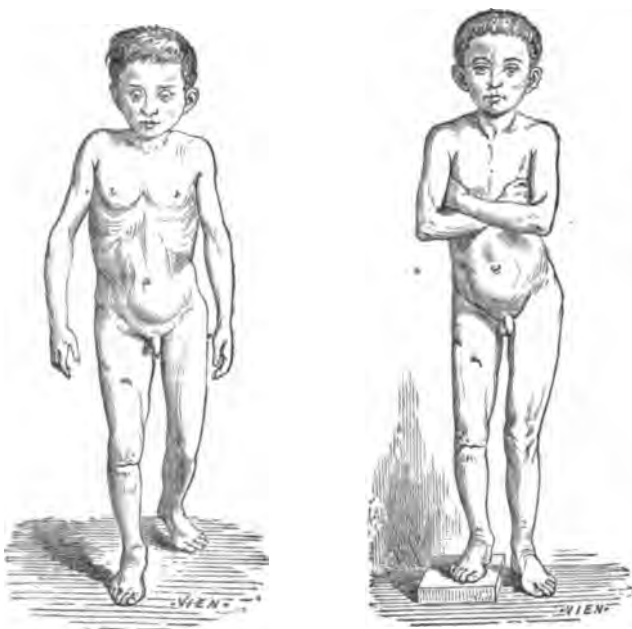
Quatre-vingt-quinzième jour. Depuis que le membre est bandé uniformément et assujéti à la gouttière fémoro-tibiale, la forme globuleuse du genou a disparu et son aspect est parfait ; les petits ulcères n'existent plus. En pressant la cuisse il ne sort plus de pus par le pertuis externe, mais seulement un peu de sérosité jaunâtre. Le malade se promène avec des béquilles ayant le membre toujours protégé par une gouttière poplitée.

Cent-treizième jour (31 août 1865). A cause de la clôture des cliniques, le malade est envoyé dans un autre service.

Rien de nouveau dans le service clinique le 14 novembre, son état est très-satisfaisant ; mais le col osseux ne nous paraît pas encore assez solide pour permettre au petit malade de se

servir de son membre sans une gouttière poplitée pour le protéger.

Craignant que, par son extrême vivacité, il ne s'expose à quelque danger si on lui permettait de retourner chez lui, nous avons gardé ce malade jusqu'au mois de juin (1866). Pendant tout ce temps, le membre opéré présente aux alentours du genou une légère éruption eczémateuse qui amena même une fois un érysipèle fugace, étendu à toute la jambe.



La photographie de ce sujet reproduite par la gravure a été prise au mois de janvier de l'année 1867. Cet enfant, dont la constitution avant l'opération, était délabrée, misérable, se présente actuellement sous les plus belles apparences de force et de santé.

La forme de son membre est régulière. Il n'a besoin que d'un soulier dont la semelle n'a pas plus d'un travers de doigt d'épaisseur. Il marche, il court, et peut voyager à pied pendant plusieurs milles sans gêne ni douleur. Son bassin est remarquablement incliné en bas du côté du membre opéré ; il n'y a pas

de différence appréciable dans la nutrition et le développement des deux membres.

**Névralgie atroce de la langue. — Excision du nerf lingual.
Guérison.**

Parmi les névralgies des branches du nerf tritanéal, celle qui affecte isolément le nerf lingual est une des moins fréquentes, et des médecins d'une longue pratique n'en ont pas vu d'exemple : aussi la science ne possède jusqu'à présent que très-peu d'observations d'excision du nerf lingual contre sa névralgie. On sait que cette opération a été pratiquée pour la première fois par M. Boser, et puis par M. Linhart.

M. Michel (de Strasbourg) a publié en 1857 (1), une très-belle observation d'excision du nerf lingual par le plancher de la bouche, opération pratiquée depuis, selon ce même procédé, par M. Boeckel. — En 1850, M. Hilton eut l'heureuse idée de sectionner par le plancher de la bouche le nerf lingual pour remédier aux souffrances d'un malade affecté de cancer de la langue (2). M. Moore, de l'hôpital de Middlessex, a répété il y a peu d'années la même opération en sectionnant le nerf lorsqu'il est encore appuyé sur la branche montante du maxillaire inférieur, au milieu du ptérigoïdien interne combinant cette opération avec la ligature de l'artère linguale du même côté (3).

Ayant eu nous-même l'occasion d'exciser ce nerf pour une névralgie, nous croyons intéressant de publier l'observation suivante :

Piva M..., de la ville de Legnago, âgée de 64 ans, mère de douze enfants, se présenta à notre consultation le 18 novembre 1862, demandant conseil pour des douleurs qu'elle ressentait par accès dans la bouche et à la mâchoire inférieure et surtout lorsqu'elle mangeait.

Les renseignements fournis par cette malade sont remplis de confusion. Nous ne trouvons, après un examen minutieux, aucune altération appréciable des régions signalées douloureuses.

(1) *Gazette médicale* de Strasbourg. Novembre 1867.

(2) *Guy's Hospital Report*, vol. VII, 1^{re} série 1850.

(3) *The Holmes*, a system of Surgery, III vol. p., 915.

On diagnostique une névralgie, mais sans même pouvoir déterminer son véritable siège, soit au nerf lingual, soit au dentaire inférieur, la malade ne nous désignant aucun point douloureux limité, que l'exploration ne découvre pas non plus. Elle fait remonter l'origine de ses souffrances à une année environ, justement après une fluxion de la joue droite, qui avait été suivie d'un abcès dans la bouche qui fut incisé. Une fistule très-persistante existant à la place de l'abcès sur l'amygdale gauche et des douleurs commençant à se montrer, on fit à trois reprises une cautérisation au fer rouge à ce point.

Nous engageons cette femme à rester à la clinique ; et, dès son entrée, nous fîmes une injection de sulfate d'atropine sous la muqueuse buccale. Les symptômes d'atropisme se manifestèrent bientôt à un degré assez marqué, et la malade se trouva pendant les premiers jours considérablement soulagée. Une semaine après, les douleurs ayant repris leur intensité primitive ; nous voulûmes faire une seconde injection ; mais la malade s'y refusa opiniâtrément, nous disant qu'elle n'était pas venue pour rester à la Clinique.

Retournée chez elle, ses douleurs continuèrent plus ou moins pendant toute l'année 1863 et devinrent plus violentes encore au commencement de 1864. Les injections d'atropine employées de nouveau, l'ustion de l'oreille et beaucoup d'autres remèdes restèrent inefficaces.

Le 24 avril 1864, la malade, accompagnée d'une lettre du Dr Maggioni, son médecin, revint à la Clinique pour y rester. Cette fois elle nous décrit ses souffrances très-différemment. En effet, elle n'était, pour ainsi dire, préoccupée que d'une seule chose : c'était de nous persuader que toutes ses douleurs provenaient d'une bride située au-dessous de sa langue, qui, en gênant ses mouvements, lui causait toutes ses douleurs. Aussi tirait-elle souvent la langue hors de la bouche, en tournant la pointe en haut, pour nous montrer cette bride, qu'elle touchait du doigt.

Il existait, en réalité, au côté gauche du frein un repli très-saillant de la muqueuse, tout à fait semblable à un second frein, mais ne pouvant empêcher en rien les mouvements de la langue.

Pour complaire à la malade, je coupai d'un coup de ciseaux assez profondément cette bride qui la préoccupait tant.

Après cette petite opération, toutes les douleurs cessèrent, à notre grand étonnement, ce qui nous fit croire qu'en effet, ce pli était le siège de la névralgie. La malade très-satisfaite quitta la Clinique le 20 mai 1864.

Elle se porta bien et ne ressentit pas la moindre douleur jusqu'au 28 janvier 1866 : ce jour-là il lui sembla que la moitié gauche de sa langue était épaissie, elle y ressentit un picotement étrange, et le jour suivant elle eut de la difficulté à manger et à parler. Deux jours après, à ces sensations particulières se joignit une douleur rongearite, s'étendant de la pointe de la langue à tout son côté gauche, jusqu'au pilier correspondant. Cette douleur arrivait et devenait de suite intolérable quand la malade mangeait, buvait, parlait, en un mot, à chaque mouvement de la langue.

Un état si pénible, persistant malgré l'usage de la morphine, des injections hypodermiques, etc., la malade se fit recevoir pour la troisième fois à la Clinique, le 9 mars 1866. Ses souffrances étaient cruelles; elle passait les nuits sans trouver un instant de repos, elle fondait en larmes chaque fois que, pressée par la faim, elle devait prendre quelque peu d'aliments; et encore, pour pouvoir les avaler, elle donnait à sa tête des attitudes particulières, poussait avec beaucoup de précaution jusque dans l'arrière-gorge le bol alimentaire, qu'elle avait réduit en boulette, en lui faisant suivre le côté droit de la langue; puis elle élevait et fléchissait alors la tête en arrière très-brusquement pour le faire descendre. Pour boire, elle appliquait le bout de la langue au verre et l'y pressait avec la lèvre inférieure. Pendant le jour les douleurs étaient moins fortes que la nuit.

Du 9 mars jusqu'au 3 avril, l'opium, l'iodure de potassium, l'arsenic, la glace, l'acupuncture, l'anesthésie locale avec l'appareil de M. Richardson, l'électricité, etc., furent essayés, mais sans aucun succès. Il nous revint alors en mémoire qu'en 1864, la simple incision de quelques millimètres, fait au-dessous de la pointe de la langue, où les douleurs paraissaient avoir eu uniquement leur siège, les avait fait cesser pendant l'espace de deux années environ.

Nous fîmes donc, le 3 avril, une incision, qui, cette fois, s'étendait le long de tout le côté gauche de la langue jusqu'au pilier. La malade en éprouva un très-grand soulagement ; elle put parler et manger sans souffrances, et passer ses nuits dans un sommeil restaurateur, de sorte que sa constitution, très-détériorée par les douleurs, le manque de nourriture et de repos, commença bientôt à s'améliorer sensiblement.

Malheureusement, cet amendement si heureux ne dura que quinze jours : la malade elle-même, sentant le fâcheux effet de la cicatrisation, nous demandait de l'empêcher. Les douleurs reparurent dès que l'incision fut cicatrisée, et le 24 avril elles étaient aussi fortes qu'auparavant, s'étendant même de la langue aux gencives et à l'articulation temporo-maxillaire.

Le 27 avril, la malade est en proie à des douleurs excessivement fortes, qui s'étendent à la joue, à l'oreille, à tout le côté gauche du cou ; elle se plaint d'affaiblissement de la vue et de diplopie. Pour apaiser ses souffrances, on l'anesthésie avec l'éther plusieurs fois par jour.

Le 2 mai, la malade est plongée dans un profond affaiblissement, elle gémit et pleure continuellement, et, dans ses accès de désespoir, elle demande qu'on vienne à son secours de quelque manière que ce soit.

Je me décide à pratiquer la résection du nerf lingual.

Profitant d'un moment de calme, la malade est conduite à la salle d'opération : assise sur une chaise, sa tête est confiée à un aide qui la presse contre sa poitrine ; la bouche est ouverte autant que possible, l'angle droit des lèvres est tiré en arrière par le rétracteur de Luër ; la langue saisie par la pointe est tirée et maintenue par un aide en dehors, à droite et en haut. Je fais alors avec un petit couteau légèrement convexe une incision longue de 3 à 4 centimètres, partant au delà de la dernière molaire et s'étendant d'arrière en avant, un peu en dedans vers le côté gauche de la langue dans la gouttière glosso-gingivale. Cette incision commençait en arrière du pilier antérieur du voile du palais qui, très-saillant, fut sectionné, afin d'arriver le plus près possible du point où le nerf lingual contournant le bord antérieur du ptérygoïdien interne se dirige en avant et horizontalement. On étanche à chaque coup de couteau le sang avec de

petites éponges fixées sur des tiges ; la plaie est creusée par des incisions successives, un des bords tenu écarté par des pinces déliées, jusqu'à ce que l'on arrive sur un cordon blanchâtre que je reconnais pour le nerf lingual. Je le dissèque soigneusement dans une étendue de deux centimètres ; puis, en le soulevant un peu avec un crochet mousse, je le coupe d'abord vers sa racine, puis vers l'extrémité périphérique.....

Dès que le nerf fut coupé, les douleurs cessèrent pour ne plus reparaitre. Le lendemain de l'opération, la malade parla et prit ses aliments sans souffrances. Au troisième jour, il y eut un peu d'enflure traumatique sous l'angle de la mâchoire du côté de la plaie qui se cicatrisa au bout d'une semaine.

Le 13 mai, douze jours après l'opération, la malade, très-satisfaite et très-reconnaissante, retournait chez elle en parfait état de santé.

La portion du nerf réséqué est longue de 2 centimètres et côtoyée par une petite portion du conduit Warthonien. Vers une de ses extrémités, mon honorable collègue, M. Vlacovich, professeur d'anatomie, a reconnu au microscope la présence des corpuscules nerveux du ganglion sous-lingual dont l'existence n'a pas été encore constatée par tous les anatomistes. La structure du nerf est normale.

Ayant demandé dernièrement à M. le Dr Maggioni, médecin de l'Opéra, des renseignements sur son état, j'ai reçu en réponse la lettre qui suit :

« Legnago, 24 août 1867.

» La personne que vous avez opérée il y a bientôt seize mois s'est toujours portée depuis lors parfaitement bien, oubliant ses atroces souffrances et bénissant la main qui lui a redonné la santé. Elle accuse une sécrétion salivaire plus abondante qu'auparavant ; je l'ai trouvée très-alcaline.

» D'après vos désirs, j'ai piqué le côté gauche de sa langue avec une épingle, elle éprouva à peine une sensation douloureuse, tandis qu'elle ressent une douleur très-vive en piquant le côté droit. J'ai appliqué au côté opéré de l'extrait de quassia d'abord, puis du sucre sans que la personne eût la perception de

la saveur respective de ces corps : le côté droit par contre reconnaît très-bien et de suite la différence de leur goût...

» J'ai l'honneur d'être, etc.

» D^r Evangéliste MAGGIONI. »

Observation d'athéromes multiples crétacés du scrotum.

(Scrotum lapillosum)

Jean L..., cordonnier, âgé de 48 ans, père de sept enfants, vint, dans l'année 1863, à notre consultation, pour une douleur à l'épaule.

Interrogé s'il n'avait pas un écoulement de l'urèthre, il nous montra ses parties génitales.

L'apparence de son scrotum nous frappa ; il présentait, en effet, dans toute son étendue une quantité de petites élevures qui lui donnaient tout à fait l'apparence du jabot, ou premier estomac, d'un gallinacé. De ces petites tumeurs, les unes étaient sphériques, les autres ovoïdes, ayant le volume d'un pois, d'un grain de millet, ou moins encore. Il y en avait qui proéminaient un peu ; d'autres ne faisaient point de saillie ; mais toutes étaient immobiles et implantées dans l'épaisseur du derme. Pincées entre les doigts, elles offraient une dureté pierreuse. Le malade nous dit qu'il s'était aperçu de l'existence de ces petites tumeurs dès l'âge de vingt ans, et qu'elles lui causaient du prurit fort désagréable.

Nous piquâmes la peau au niveau d'une de ces tumeurs pour en connaître le contenu, et, en la pressant entre les doigts, nous en fîmes sortir une matière crétacée très-blanche, partie tout à fait sèche, partie de la consistance du mortier. Nous pûmes, par là, juger qu'il s'agissait d'un cas, certainement peu commun, d'athéromes crétacés multipliés du scrotum.

Trois ans après, le 2 janvier 1866, le même individu se présente à la consultation, demandant qu'on lui donne un remède pour le débarrasser des démangeaisons, devenues actuellement insupportables, qu'il éprouvait.

Cette fois aussi, ayant piqué avec une épingle l'une de ces petites tumeurs pour en montrer aux élèves le contenu, nous en fîmes sortir une concrétion solide, presque sphérique, très-blanche, formée de carbonate de chaux. On appliqua, sur la

petite plaie, une mouche de taffetas, et on conseilla au malade d'employer, contre ces démangeaisons, de l'eau de chaux.

Quatre jours après, nous apprenons que ce malade est au lit avec une forte fièvre, et son scrotum très-enflé. Dans la crainte de quelque chose de grave, nous nous empressâmes de le faire transporter immédiatement à la clinique afin qu'il y fût mieux soigné.

A son arrivée, nous trouvons que son scrotum, surtout au côté gauche, est atteint d'un phlegmon très-grave avec menace de gangrène de la peau scrotale et de son tissu cellulaire.

Frappé du développement d'un état si sérieux, il nous parut fort singulier que le phlegmon n'eût pas pour point de départ la piqûre faite par nous quatre jours auparavant au côté droit du scrotum, et que cette piqûre, encore visible, se trouvât sur une partie de la peau scrotale, qui n'était encore point du tout enflammée. Nous sûmes, plus tard, que ce malade, tourmenté par ses démangeaisons, avait essayé de se débarrasser de quelques-unes des tumeurs plus saillantes, au moyen d'instruments grossiers.

Dans les jours qui suivirent, la partie moyenne de la peau du scrotum était déjà convertie en une eschare, autour de laquelle se forma bientôt un sillon, séparant la partie gangrénée de tissus vivants. Désirant conserver dans toute son intégrité cette eschare gangréneuse, qui contenait dans son épaisseur les concrétions calcaires de la partie de peau scrotale mortifiée, nous l'avons peinte tous les jours avec de la créosote pour la mortifier sur place, ce qui nous permit de la détacher tout entière avec les ciseaux des parties sous-jacentes, et d'en faire une préparation pathologique sèche.

Comme il arrive d'ordinaire dans les cas de gangrène du scrotum, les testicules, d'abord à nu, se couvrirent bien vite de bourgeons charnus ; les parties latérales de la peau du scrotum vinrent au fur et à mesure de la cicatrisation se réunir vers la ligne médiane, de sorte que le malade guérit avec un scrotum ferme et non pendant, formé de portions de peau, qui contiennent encore une foule de concrétions pierreuses.

Mon honorable collègue, M. Vlacovich, professeur d'anatomie, a bien voulu examiner, au microscope, la structure de ces tumeurs : il les a trouvées formées d'un petit sac, de couleur blanche, sans ouverture, contenant du carbonate de chaux, mêlé à une substance organique amorphe et à de la graisse.

Les parois du sac sont épaisses, et formées de tissu conjonctif, compacte, infiltré, dans ses couches concentriques, de *petits grains calcaires*: la surface interne était lisse, sans épithélium.

De petites concrétions calcaires se trouvant aussi dans le stroma même des parois du sac, on peut en induire que ces tumeurs n'ont pas leur origine primitive dans le contenu même des glandes sébacées.

Les exemples d'athéromes multiples crétacés des téguments du scrotum ainsi que d'autres parties du corps, ne sont rien moins que fréquents, et il serait difficile d'en trouver des observations dans la littérature médicale. Pour ma part, je ne connais que le cas mentionné par M. Virchow dans ses *Leçons sur les tumeurs* (1), au chapitre consacré aux athéromes, où il fait savoir que, dans le Musée pathologique de Berlin, on conserve un scrotum, formé de petites tumeurs athéromateuses, qui subirent la transformation crétacée.

Observation de fibrôme molluscum.

Jeanne L..., paysanne du district d'Anguillara, âgée de 45 ans, brune, de taille moyenne, avec complexion robuste, fut reçue à ma clinique le 25 juin 1864, pour une affection excitant une curiosité générale.

En effet, à l'examen, on trouva son corps couvert d'une myriade de tumeurs de toutes grosseurs, répondant à la description que les auteurs donnent du molluscum, ou fibrôme molluscum de Virchow (2), dans l'ouvrage duquel se trouve représentée une femme ayant la plus grande analogie avec celle qui était sous nos yeux.

Interrogée, cette femme dit n'avoir jamais été malade, sauf il y a cinq années, alors que, soumise à des influences paludéennes, elle eut, pendant trente jours, des accès de fièvre intermittente quotidienne qui cédèrent au sulfate de quinine.

C'est après qu'elle remarqua, sur les parties latérales du cou, l'apparition d'une vingtaine de petites tumeurs, du volume d'une tête d'épingle, indolentes, mobiles sous la peau, restée normale.

(1) Virchow. Die Krankhaften Geschwülste I Band. p. 325, 1863.

(2) R. Virchow. Die Krankhaften Geschwülste. T. 1^{er}, p. 229, 1863.

Cette éruption ne tarda pas à gagner la partie médiane du cou, puis à s'étendre au thorax, à l'abdomen, au dos, enfin aux membres supérieurs et inférieurs.

Au bout de deux mois, le corps était envahi dans sa totalité, et, depuis, il n'est presque plus apparu de nouvelles tumeurs; mais les anciennes ont alors progressivement augmenté de volume.

A la région mentonnière, les tumeurs sont rares, si petites (sauf deux ou trois), qu'il faut être très-près pour les voir, elles vont en augmentant de volume et en se rapprochant, variant, de la grosseur d'un grain de millet à une petite noisette.



La poitrine et le ventre, ainsi que le dos, en présentent une grande quantité, très-rapprochées et très-variables de volume.

Aux régions lombaires, au niveau des crêtes iliaques-postérieures, il existe deux de ces tumeurs qui méritent une mention spéciale.

Celle de droite a le volume d'une pomme, est pendante, un peu déprimée, à base large, la peau est normale ; pressée, elle donne la sensation d'une fausse fluctuation.

Celle de gauche, se fait remarquer par sa grandeur considérable. Elle est manifestement aplatie d'arrière en avant, ayant la forme d'une grande bourse, régulière, d'une contenance de deux litres au moins, avec une base large, puis un léger rétrécissement et la partie inférieure plus grosse, ovalaire à sa terminaison. Elle offre, par la pression, de la résistance ; prise en masse, on a la sensation, d'une fausse fluctuation.

La peau qui la recouvre, sans changement de coloration, un peu amincie, présente des plis longitudinaux résultants de la tension.

Aux membres supérieurs et inférieurs, le nombre des tumeurs est peu considérable, on en voit sur la main, aux épaules, à la partie postérieure des cuisses, plus qu'en avant, mais pas du tout sur les jambes ni les pieds. Variables de grosseurs, toutes ces tumeurs le sont aussi de forme, quelques-unes ont une large base, d'autres sont un peu pédiculées, elles sont tout à fait indolores, même par une forte pression, qui ne les modifie en rien. Quoique quelques-unes présentent un petit point noir, comme un follicule sébacé, on ne peut rien en faire sortir.

L'état général de la malade était parfait. Nous n'avons pas cru devoir agir, dans ce cas même, sur la grande tumeur, vu le peu de gêne qu'elle occasionnait ; nous nous bornâmes à garder quelques jours cette malade sans la traiter, en faisant seulement prendre le dessin exact de ce cas pathologique fort peu commun.

RAPPORT

M. Després fait un rapport verbal sur les travaux de M. le D^r Ladureau, candidat au titre de membre correspondant.

NOMINATION DE COMMISSIONS

Commission pour la nomination des membres correspondants nationaux.

Sont nommés au scrutin : MM. Guyon, Blot, de Saint-Germain, Labbé, Verneuil.

*Commission pour la nomination des membres correspondants
étrangers.*

Sont désignés : MM. Giraldès, Le Fort, Guyon, Broca, Verneuil.

*Commission pour la nomination d'un membre associé
étranger.*

Sont élus : MM. Giraldès, Le Fort, Larrey.

Commission pour le prix Duval.

Sont désignés : MM. Labbé, Tarnier, Marjolin, Tillaux, Blot.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. Guyon présente un appareil destiné à porter des injections médicamenteuses dans les parties profondes du canal de l'urèthre.

Cet appareil se compose : 1° d'une bougie exploratrice à boule perforée ; 2° d'une longue canule métallique qui pénètre dans l'intérieur de la bougie exploratrice ; 3° d'une seringue de Pravaz, qui se visse sur la canule et au moyen de laquelle on peut doser le liquide médicamenteux.

M. Guyon pense qu'on pourrait également employer cet appareil pour les injections intra-utérines.

Le secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1867.

Présidence de M. Legouest.

La séance est ouverte à trois heures et demie.
Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. Larrey, qui demande à échanger son titre de membre titulaire contre celui de membre honoraire. La Société, dans la séance prochaine, statuera sur cette demande.

M. Sarazin, médecin-major, agrégé à la Faculté de Strasbourg, adresse une note sur un « moyen de faciliter la compression des artères. » (Commissaires, MM. Larrey, Legouest et Després, rapporteur).

M. le D^r Borelli (de Turin), membre correspondant, adresse une série de huit communications originales ; il exprime le vœu de voir ses opinions et ses recherches discutées et contrôlées par la Société. Il sera donc sommairement donné une analyse de ces travaux dans la séance prochaine.

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux hebdomadaires : « Gazette des hôpitaux. » — « Union médicale. » — « Gazette hebdomadaire. » — « Le Montpellier médical. »

« Du charbon et des affections charbonneuses chez l'homme, » par le D^r Raimbert (de Châteaudun). 1867.

« Étude historique sur le charbon, » par le même auteur. 1867.

« Sur la vaccination animale. Discours à l'Académie, » par M. Depaul. 1867.

« Compte rendu des expériences de l'inoculation de la peste aux bêtes à cornes, faites par le comité institué par l'empereur de Russie. » Saint-Petersbourg. 1866.

« Considérations sur les fractures de la clavicule, » par M. le D^r Hurel, interne à l'asile de Vincennes (prix Duval).

LECTURE

M. Guéniot, chirurgien du Bureau central, lit un travail intitulé : « Note sur un cas de tumeur cirsoïde artérielle, traitée avec succès par l'ablation au bistouri. » (Commissaires, MM. Laborie, Blot et Trélat, rapporteur.)

RAPPORT

M. Després donne lecture du rapport suivant :

M. Gyoux a adressé à la Société une observation de cancroïde de la lèvre inférieure, ce qui a nécessité plusieurs opérations; une dernière, entre autres, à la suite de laquelle une autoplastie a dû être pratiquée. C'est sur cette dernière opération que M. le D^r Gyoux appelle notre attention, et que portera ce rapport.

Un cancroïde récidivé occupait la presque totalité de la lèvre inférieure. Pour l'enlever, le chirurgien a circonscrit le mal entre deux incisions formant ensemble un V, et qui partaient du bord libre des lèvres vers les commissures jusqu'à la région sus-hyoïdienne. De chaque côté, un lambeau rectangulaire a été disséqué, et l'un et l'autre ont été réunis sur la ligne médiane. Un grand nombre de points de suture ont été placés; la réunion s'est effectuée promptement. Mais, peu de temps après, le résultat n'a pas semblé bon. La lèvre supérieure ne touchait pas tout le bord de la lèvre inférieure restaurée. Du côté gauche, il y avait une encoche. S'inspirant alors des conseils de M. Verneuil et d'un mémoire de M. Desgranges (de Lyon) (Gazette hebdomadaire, 1854, p. 956, « Nouveau procédé de cheiloplastie »), M. Gyoux a enlevé sur la lèvre inférieure deux lambeaux triangulaires ayant leur base sur le bord libre de cette lèvre restaurée, de façon à la tendre davantage et à la faire remonter vers la lèvre supérieure.

Ainsi, deux opérations : l'une pour remplir le vide laissé par l'ablation du cancer, l'autre pour rapprocher la lèvre réparée de la lèvre supérieure; tel est le fait dont je vous entretiens. Avant d'entrer ici dans une courte discussion de principes opératoires, je dois le dire, il résulte de l'examen de la photographie du malade de M. Gyoux, que, même après la seconde opération autoplastique, la bouche ne pouvait être fermée qu'au moyen de grands efforts. Il y a sur les traits du malade, représenté après guérison, des plis accusateurs. Le malade contracte énergiquement la portion de l'orbiculaire des lèvres qui reste dans la lèvre supérieure, et il y a un pli très-marqué au niveau des entrecroisements du sphincter des lèvres avec le buccinateur. Du reste, il est dit dans l'observation que, après la der-

nière opération, le malade devait prendre des précautions pour boire.

La cheiloplastie en deux temps, ou, si l'on aime mieux, la cheiloplastie avec opération complémentaire reparait, vous le voyez, et, comme précédemment, elle laisse à désirer. On cherche la grâce, et je ne vois pas qu'on se préoccupe de la fonction. Il est donc utile de se poser aujourd'hui quelques questions.

Lorsque toute la lèvre inférieure a été enlevée et restaurée, faut-il, comme M. Camille Bernard, enlever un lambeau triangulaire de la lèvre supérieure proéminente pour rendre à la bouche de la régularité ? (Malgaigne « Méd. opér. », 1853, page 449.)

Faut-il, à l'exemple de M. Desgranges (de Lyon), enlever un lambeau triangulaire de la lèvre à chaque commissure, pour rendre à la bouche sa forme normale ? Faut-il, comme l'a fait M. Gyoux, enlever aux commissures, et aux dépens de la lèvre inférieure deux lambeaux triangulaires pour tendre cette lèvre ?

Je crois que l'on peut répondre sans hésitation, non ! La proéminence de la lèvre supérieure n'est point une difformité, et j'ajoute que, même proéminente, cette lèvre sert très-bien. Remplacer le bord libre élastique de cet organe par un bord cicatriciel, sans absolue nécessité, me paraît une erreur. Il faut une bouche qui puisse s'ouvrir et se fermer bien plutôt qu'une bouche régulière. Or, MM. Camille Bernard et Desgranges, en enlevant un ou deux lambeaux triangulaires à base située sur le bord libre des lèvres, rétrécissent la bouche de 2 à 4 centimètres, ce qui réduit d'autant l'ouverture de la bouche. Je pense que si ces deux chirurgiens avaient donné des détails sur les fonctions de la bouche de leurs opérés, nous pourrions trouver quelques particularités qui légitiment ce raisonnement. D'ailleurs, j'ai fait plusieurs opérations de cancroïde des lèvres, j'ai restauré une lèvre supérieure manquant en totalité par suite d'une gangrène étendue, j'ai vu des lèvres proéminentes, mais tout s'est arrangé : la lèvre saillante s'est amincie, et si la bouche était arrondie, elle se dilatait néanmoins librement, de façon à permettre l'introduction des aliments. Nos collègues, du reste, ont une expérience à cet égard, et je ne manquerai pas d'y faire appel ici.

L'opération pratiquée par M. le Dr Gyoux était dirigée dans le but de faciliter le rapprochement de la lèvre restaurée, de la lèvre supérieure ; le but a été atteint en rétrécissant la lèvre réparée, et la tension de celle-ci a fait supposer que l'affrontement était suffisant. Je ne puis m'empêcher de dire que des incisions libératrices eussent mieux valu et qu'il eût été plus profitable d'appliquer sur la lèvre inférieure en dehors de son

bord un de ces procédés autoplastiques employés pour l'étréopion, tel que le procédé de Walther.

Il y a quelque chose à revoir dans les procédés autoplastiques des lèvres. J'ai observé chez un de mes malades une déformation consécutive de la bouche après une opération où deux lambeaux réguliers avaient été taillés. Cette déformation était passagère, et existait quand le malade riait. Un des lambeaux rapportés ne renfermait pas de muscles ou renfermait une portion de muscle dépourvue de nerf. Comme il s'agissait d'une lèvre supérieure restaurée, c'était l'un des muscles zygomatiques qui ne fonctionnait plus. De sorte que, quand le malade riait, un des coins de la bouche seulement était soulevé. Je croirais volontiers qu'il y avait une particularité analogue chez le malade de M. Gyoux. Il restait sans doute un muscle, ou une portion de muscle d'un seul côté, quelques fibres du peaucier ou du triangulaire du menton qui tiraient le lambeau. Sans doute une bride sous-cutanée, ou une cicatrice adhérente concouraient aussi à la déformation, mais que l'une ou l'autre cause ait existé il n'en reste pas moins une indication qui doit guider pour tailler les lambeaux dans des opérations semblables, ou pour commander une opération complémentaire autre que celle de MM. Camille Bernard et Desgranges.

Il est écrit dans les chapitres qui ont trait à l'autoplastie qu'il est inutile de chercher à conserver des nerfs dans les lambeaux. Cela est juste à plus d'un égard. Mais pour la face, pour la peau de cette région, où il y a des muscles peauciers, non-seulement les nerfs, mais encore les muscles doivent être l'objet de l'attention du chirurgien. Un muscle laissé dans un lambeau le tirera dans un sens variable. Un nerf moteur coupé, paralysant une commissure, sera la cause d'une déformation comme celle que l'on observe dans la paralysie faciale.

Or, ceci étant, on doit se demander s'il vaut mieux faire des lambeaux paralysés ou s'il vaut mieux ne se préoccuper ni des muscles ni des nerfs, sauf à recourir plus tard à des opérations complémentaires.

Je pense qu'en principe un lambeau paralysé est une mauvaise chose, et je crois qu'on peut établir la possibilité et l'utilité de la conservation des muscles dans les parties profondes. Ainsi les zygomatiques, le triangulaire du menton, le buccinateur et si on les coupe, de tâcher de sauvegarder de façon à ce qu'ils soient également coupés pour qu'ils reprennent, sur des points symétriques, des lambeaux. En même temps il faudrait, je me hâte de le dire, ménager les nerfs moteurs de ces muscles, et cela est toujours facile puisque les nerfs arrivent dans ces organes par leur face profonde.

Si, malgré les précautions, les muscles étaient inégalement

coupés, une déformation existerait, et il faudrait y remédier. J'ai déjà dit qu'il ne me paraissait pas qu'on dût chercher la régularité au dépens de l'étendue de la bouche. Faute de mieux ou pourrait paralyser le muscle conservé par des sections sous-cutanées. Mais on pourrait souvent pratiquer, du côté dévié, une perte de substance en dehors du bord libre des lèvres, afin de relever les parties abaissées. Je sous-entends, on le comprend, les opérations nécessitées par des cicatrices manifestement adhérentes.

Votre commission vous propose, d'ailleurs, d'adresser des remerciements à M. le D^r Gyoux et de déposer son observation dans nos archives.

M. Laborie. Il y a probablement une erreur dans les appréciations de M. Després; notre collègue parle, dans son rapport, d'une diminution de 4 centimètres dans les dimensions transversales de la bouche. S'il en était ainsi, la bouche aurait presque complètement cessé d'exister; elle se trouverait au moins réduite à un orifice très-insuffisant.

M. Verneuil. Il y a bien, dans l'opération dont il a été question, une diminution de deux centimètres pour chacun des côtés de la bouche, mais tout s'explique lorsqu'on remarque que la perte de substance intéresse non pas la lèvre, mais bien la joue.

Une question intéressante a été soulevée dans le rapport, c'est celle de la conservation des nerfs dans les lambeaux auto-plastiques. A part la rhinoplastie frontale, on peut dire que les lambeaux sont ordinairement privés des nerfs importants, ce qui n'a pas d'inconvénient.

La conservation des nerfs n'est point indispensable, je serais même disposé à croire que leur présence nuirait plutôt à la réunion des tissus divisés. Il y aurait à ce sujet des expériences comparatives qu'on pourrait faire sur les animaux.

Quant à ce qui touche les opérations complémentaires immédiates, il ne faut point se presser, car la nature est susceptible de réparer spontanément des pertes de substance considérables; en particulier pour ce qui concerne les tumeurs des lèvres, j'ai presque abandonné ces grandes autoplasties qui permettent de reconstituer, séance tenante, l'organe détruit. J'enlève la tumeur, j'abandonne les choses à la nature et plus tard j'exécute les restaurations devenues indispensables. J'ai pu

constater tout récemment combien la nature est capable de réparer les pertes de substance subies par la lèvre inférieure. Un homme avait eu la lèvre mangée dans une rixe, on pouvait constater une plaie de quatre centimètres; aujourd'hui, après six semaines, la perte de substance se réduit à une fente verticale mesurant un centimètre en hauteur et trois à quatre millimètres dans le sens transversal.

M. Desormeaux. Je suis très-partisan qu'on abandonne aux efforts de la nature la réparation des blessures de la face. Il ne faut jamais se presser d'intervenir, j'ai pu constater maintes fois que des difformités considérables disparaissaient progressivement et qu'il fallait savoir attendre même plusieurs années.

M. Trélat. M. Després a parlé de la présence des muscles dans les lambeaux; je pense qu'il faut proscrire la conservation des fibres musculaires, car il en résulterait des difformités consécutives. Les lambeaux ainsi doublés seraient trop épais, la présence des muscles pourrait déterminer des tiraillements regrettables, enfin, pour conserver les muscles, il faudrait inutilement pratiquer des plaies trop profondes.

M. Després. Je pense qu'il est inutile de conserver les nerfs dans les lambeaux autoplastiques, mais si l'on croyait utile de conserver un muscle dans l'intention d'obtenir un mouvement, il serait désirable que ce muscle fût accompagné de son nerf moteur. Je pense qu'il n'est pas bon de conserver les muscles, et cela pour les raisons énoncées par M. Trélat. Dans mon rapport, j'ai voulu dire qu'on devait conserver intacts les muscles afin que les lambeaux fussent mis en rapport avec une couche musculaire sous-jacente capable de les mouvoir. En terminant, je désirerais connaître l'opinion de M. Verneuil touchant les opérations de M. Desgranges.

M. Verneuil. Je répondrai à M. Després que, suivant moi, les opérations auxquelles il a fait allusion compliquent beaucoup trop le traumatisme; l'ablation des tumeurs des lèvres devient alors une opération longue qui entraîne une perte de sang notable. Il faut autant que possible reconstituer la bouche, et, quand cet orifice est par trop étroit, il suffit de deux incisions latérales pour obtenir un bon résultat.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Tumeur de la mâchoire inférieure.

M. Houel. Je désire présenter à la Société un malade que j'ai opéré pour une douleur fibro-kystique de la mâchoire inférieure. J'ai fait la résection d'une seule incision contournant le bord inférieur de l'os. La section porte à droite au niveau de la dernière molaire, à gauche elle correspond à la première molaire. Pendant l'opération, nous avons observé les accidents de la rétrocession de la langue. Il a été nécessaire de fixer l'organe au moyen d'un fil, et pendant huit jours cette précaution est demeurée indispensable. Vous pouvez constater que la difformité est actuellement presque nulle. Le malade porte un appareil qui lui permet de mâcher et de parler très-distinctement. Cette restauration qui avait été inutilement essayée par deux fabricants, a réussi définitivement entre les mains d'un dentiste, M. Desjardins.

M. Legouest. J'ai fait une opération analogue, il y a maintenant six ans, et, comme M. Houel, j'ai observé la rétrocession de la langue. Je revois souvent mon opéré, il porte un appareil qui fonctionne très-bien, mais ce résultat n'a été obtenu qu'après plusieurs tâtonnements; en général, après les opérations sur le maxillaire inférieur, il est nécessaire que la pièce artificielle prenne un point d'appui sur la branche montante de l'os maxillaire.

La séance est levée à cinq heures.

Le Secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 20 NOVEMBRE 1867

Présidence de M. Legouest

La séance est ouverte à trois heures et demie. Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

M. le Secrétaire général donne l'analyse de divers travaux qui ont été adressés à la Société de chirurgie par l'un de ses correspondants, M. Borelli.

M. Giraldès. Je crois que M. Borelli exagère quand il dit que la dilatation excessive de l'urèthre est inoffensive chez la femme. L'idée d'extraire les calculs de la vessie à la faveur d'une distension de l'urèthre, constitue une pratique bien ancienne ; elle a été abandonnée par les chirurgiens les plus autorisés, parce que l'opération ainsi pratiquée entraînait à sa suite une incontinence d'urine souvent incurable. L'année dernière j'ai employé, chez une petite fille, le procédé que recommande M. Borelli. Il s'agissait d'un calcul mesurant 5 centimètres en longueur et 4 centimètres transversalement. J'ai dilaté l'urèthre avec le doigt, puis, ayant rencontré le calcul, j'ai guidé, sur le doigt, des tenettes : la pierre a été saisie, mais l'extraction ne pouvant se faire, j'ai dû faire un débridement du col de la vessie. L'enfant a guéri ; mais, après plusieurs mois, elle conservait encore une incontinence absolue de l'urine. Pour terminer ce point de pratique, je dirai que ce n'est point sur trois observations seulement qu'on peut s'appuyer pour formuler des principes aussi absolus que ceux que l'on trouve dans le mémoire de notre correspondant.

M. Borelli a apporté, pour l'exécution de la taille médiane, des modifications qui ne me paraissent pas satisfaisantes. La ponction rapide du périnée expose certainement à la blessure du bulbe. Du reste, la manière de faire que recommande M. Borelli a bien l'air d'une réminiscence du procédé de Bucchanam (de Glasgow).

Ceux qui ont fait un certain nombre de fois la taille savent très-bien que c'est une opération qui doit être exécutée avec ménagements, et ils seront d'accord avec moi pour rejeter ces procédés, qui n'ont pour eux que le brillant d'une exécution rapide.

M. Verneuil. Je partage la manière de voir de M. Giraldès, mais je dois dire que M. Borelli a été au-devant des objections puisqu'il indique dans son travail quelle est la direction toute spéciale qu'il faut donner au bistouri pour éviter la lésion du bulbe.

M. Guérin. Neuf fois sur dix le bulbe est intéressé. J'ai assisté pour ma part à un certain nombre d'opérations de taille ; parfois il a fallu comprimer afin d'arrêter le sang qui s'opposait à l'achèvement de l'opération. Ces prétendues hémorrhagies par lésion des artères du périnée ne sont autre chose que des bles-

sures du bulbe. Arriver directement dans la cannelure du cathéter par une ponction rapide, c'est s'exposer certainement à la blessure du bulbe. Pour ma part, j'ai l'habitude de disséquer le bulbe; je l'isole et je le reporte en avant.

En Angleterre, on incise à peine la prostate au moyen du gorgeret tranchant, et c'est avec le doigt qu'on donne au col de la vessie les dimensions nécessaires à l'introduction des tenettes; de cette façon, on déchire les tissus; aussi je préfère l'incision large telle qu'elle est employée dans notre pays.

M. Hervez de Chégoin. Il y a environ cinquante ans que, dans un mémoire sur les causes de mort après l'opération de la taille, j'ai exactement dit ce que vient de formuler M. Guérin. J'ai soutenu l'importance qu'il y a dans l'opération de la taille, de faire des incisions dont les limites soient bien déterminées. Le gorgeret tranchant me paraissait un mauvais instrument. Résumant ma pensée, j'ai pu dire, en deçà des limites de la prostate point de danger, au delà des limites de la prostate pas de salut.

M. Giraldès. Il est très-vrai que, dans l'opération de la taille, on évite rarement le bulbe; il est également vrai que les hémorrhagies importantes proviennent de la lésion de cet organe. Je pense que M. Guérin a été mal renseigné lorsqu'il affirmait que les chirurgiens anglais se servent du gorgeret tranchant, il n'en est rien. Ils ont recours à l'incision avec le bistouri, et, aussitôt que la plaie est faite, ils achèvent l'ouverture du col par l'introduction du doigt.

M. Guérin. Les renseignements que j'ai donnés sur la pratique anglaise m'ont été fournis par de nombreux médecins. Quoi qu'il en soit, et après les assertions de M. Giraldès, il demeure évident que les chirurgiens anglais font une petite plaie du col et qu'ils achèvent l'ouverture de la vessie par l'introduction du doigt. Je crois, pour ma part, qu'il vaut mieux faire une large incision du col.

M. Chassaignac. Si j'ai bien compris, M. Borelli ne coupe pas le col de la vessie, il se contente de le dilater par la plaie médiane. Ce n'est point là une taille.

Toutes les fois qu'on ne coupe pas franchement le col de la

vessie on n'est jamais sûr d'entrer jusque dans le réservoir de l'urine. Les tenettes peuvent s'enfoncer dans l'épaisseur du périnée, dévier plus ou moins, et préparer ainsi une série d'accidents consécutifs. La pratique a démontré l'utilité des grandes incisions, car les petites ouvertures exposent à l'infiltration urineuse. Je vois avec crainte recommander la dilatation du col de la vessie. Quelles que soient les dimensions du calcul lorsqu'il est chargé par la tenette, on ne peut franchir le col de la vessie sans déchirer plus ou moins cet organe. Si, au préalable, on a fait une incision de la prostate, la déchirure se fait néanmoins, mais plus régulière, et par conséquent moins grave que lorsqu'on se contente de la simple dilatation du col.

On recommande la taille médiane, on veut éviter le bulbe, et il reste au périnée une étendue de 1 centimètre et demi par lequel on voudrait faire sortir de gros calculs.

La taille bilatérale offre de précieuses ressources, elle permet le passage de calculs énormes, on évite la blessure du bulbe en contournant le rectum. La blessure du bulbe a de graves inconvénients ; il faut éviter cette lésion, car l'hémorrhagie est un danger, non pas tant à cause de la quantité de sang perdu, que par suite des moyens qui deviennent nécessaires pour obtenir l'hémostase.

En pareil cas, que fait-on ? le tamponnement de la plaie, c'est-à-dire qu'on expose les blessés à l'infiltration de l'urine. C'est pour remédier à ces inconvénients que j'avais proposé la taille par l'écrasement linéaire.

M. Verneuil. Dans sa communication, M. Borelli revendique seulement l'idée d'avoir abrégé le premier temps de la lithotomie, c'est-à-dire celui qui consiste à arriver jusqu'au cathéter.

On peut laisser de côté cette innovation discutable, ce qu'il me paraît important à faire ressortir, et cela à l'occasion du travail de M. Borelli, c'est que la taille médiane tend à conquérir, soit en France, soit à l'étranger, la prééminence qu'elle aurait dû toujours conserver sur les autres manières de tailler.

La discussion sur la valeur comparative des grandes et des petites incisions est jugée depuis longtemps. Malgaigne a parfaitement résolu ce point de pratique.

On pourrait encore discuter aujourd'hui sur la valeur comparative des moyens d'ouvrir le col de la vessie, mais toutes

les discussions n'ont plus de raison d'exister, du moment que les chirurgiens peuvent associer la lithotritie à la taille médiane.

On n'a plus le droit de violenter le col de la vessie puisqu'on est en mesure de réduire le calcul aux dimensions de la plaie. Cette question de la combinaison de la taille à la lithotritie est fort ancienne, elle a été parfaitement étudiée par M. Bouisson (de Montpellier), puis elle a été reprise par notre collègue, M. Dolbeau, dans son livre sur le traitement de la pierre vésicale. A l'appui de cette pratique, je citerai un fait récent : j'avais dans mon service un homme porteur d'un calcul mesurant 3 centimètres et demi ; la lithotritie déterminait des accidents sérieux ; j'ai pratiqué la taille médiane sans blesser le bulbe, j'ai ouvert le col de la vessie ; immédiatement j'ai pu placer le gorgeret et débrider le col avec un bistouri boutonné. Le calcul chargé, j'ai compris qu'il faudrait une traction considérable pour sortir la pierre ; immédiatement j'ai fragmenté le calcul et l'extraction a été des plus simples. Le malade a guéri très-bien, mais cinq mois après il mourait phthisique.

M. Demarquay. Je ne saurais donner mon approbation à la pratique de M. Borelli. L'opération de la taille est assez grave pour que l'on s'entoure de toutes les précautions nécessaires. La taille médiane peut être bonne, mais, dans certaines conditions déterminées ; il faut que les sujets soient jeunes, et la pierre peu volumineuse. Chez les vieillards, le col de la vessie ne se dilate point, il faut, pour extraire les calculs volumineux, ouvrir largement la voie en incisant à droite et à gauche.

En général, voici comment je procède : je fais l'incision bilatérale de la peau ; arrive au col, j'introduis le doigt et je débriide dans l'étendue nécessaire. Chez les vieillards, l'opération de la taille est grave, même quand on a recours à la fragmentation des calculs. Peut-être, lorsqu'il s'agit de pierre volumineuse devrait-on revenir à la taille sus-pubienne.

(La discussion sera continuée.)

A cinq heures la Société se forme en comité secret.

La Société, appelée à se prononcer sur la demande de l'honorariat, adressée par M. Larrey, décide à l'unanimité et au scrutin que M. Larrey sera inscrit sur la liste des membres honoraires.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1867

Présidence de M. Chassaignac.

La séance est ouverte à trois heures et demie. Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. Legouest, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

Une lettre de M. Gyoux, rappelant qu'il exerce à Saint-Jean d'Angély et non à Angoulême, comme cela a été dit dans le rapport de M. Després.

Une lettre de M. le professeur Richet, qui, ne pouvant assister régulièrement aux séances de la Société, demande à échanger son titre de membre titulaire contre celui de membre honoraire.

La Société, dans la séance prochaine, statuera sur cette demande.

La correspondance imprimée comprend :

Clinique ophthalmologique, par A. de Graefe. Edition française publiée par M. E. Meyer ; 2^e partie.

Nouvelle espèce de fungus parenchymateux du testicule, par le D^r Sistach, médecin-major.

Descrizione d'una vettura di ambulanza, par le D^r Arena Gaetano. Torino, 1867.

De l'ophthalmie sympathique et de son traitement par la section des nerfs ciliaires, par le D^r Ed. Meyer.

Le Mexique considéré au point de vue médico-chirurgical, par le D^r Léon Coindet. Tome I^{er}. Paris, 1867.

M. Larrey remercie la Société d'avoir bien voulu le comprendre au nombre de ses membres honoraires.

COMMUNICATION.

M. Guérin communique l'observation suivante :

Corps étranger de l'oreille datant du 1^{er} décembre 1866 (Mexique). Sorti le 4 juillet 1867; ayant vécu après sa sortie : deux mois environ.

Ixodes hominis, arachnides encore très-mal connus.

MOQUIN-FANDON, *Zoologie médicale*, p. 279.

François G..., militaire, 34 ans. Entré à l'hôpital de Vannes,

dans mon service, le 2 avril 1867, pour une affection rhumatismale contractée au Mexique.

Cette affection est générale : douleurs articulaires, musculaires, nerveuses ; déformation de la poitrine ; péricardite ; névralgie faciale très-douloureuse du côté droit.

Au milieu d'un cortège d'accidents aussi divers, je n'attachai que peu d'importance à la névralgie faciale, la rattachant à la diathèse générale ; mais, le 3 ou le 4 juillet au matin, G... me présenta l'araignée qui fait le sujet de cette note et qui venait de sortir de son oreille droite après un séjour de sept mois.

J'ai cru pouvoir reconnaître un tique ou ixode araignée de la famille des acaridés.

G... me raconta alors que, se rendant de San-Luis de Potosi à Orizaba, au moment du rapatriement des troupes du Mexique, il couchait tantôt sur la terre nue, tantôt dans les masures abandonnées. C'est à cette époque, premiers jours de décembre 1866, que cet insecte lui serait entré dans l'oreille droite.

Il en souffrit peu d'abord ; mais les douleurs augmentèrent, et, à Brest, il fit part à un médecin de ses douleurs et de la crainte qu'il avait d'avoir une bête dans l'oreille. Le médecin consulté ne vit rien, et G... n'en parla plus.

Admis à l'hôpital de Vannes, il ne m'en parla pas davantage. Cet insecte a pu vivre presque sans nourriture jusqu'à la fin du mois d'août sans avoir sensiblement diminué de volume.

La douleur cessa après la sortie de l'insecte.

Plusieurs membres, après avoir examiné l'insecte, déclarent qu'il est encore manifestement vivant.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. Tillaux présente à la Société un jeune garçon de 9 ans, et demande à ses collègues leur opinion sur le diagnostic et surtout le traitement de l'affection dont il est atteint.

Cet enfant s'est toujours bien porté jusqu'à il y a quatre mois environ. Sa mère s'aperçut à cette époque de la présence d'une petite tumeur dans la région sus-claviculaire droite. Croyant que c'était une glande, elle n'y fit pas autrement attention ; mais la tumeur augmentant sensiblement, la mère amena son fils à la consultation de Bicêtre le 17 octobre dernier.

Vous pouvez constater sur cet enfant qu'il existe une tumeur volumineuse occupant tout le triangle sus-claviculaire droit, qu'elle déborde de toutes parts.

La peau qui la recouvre laisse apercevoir au-dessus d'elle une teinte violacée. La tumeur offre au toucher une mollesse toute particulière ; elle fuit sous le doigt qui la presse. Elle pa-

rait être en partie réductible; elle est du moins très-dépressible.

Elle n'est agitée d'aucun battement.

Mate à la percussion, elle donne à l'auscultation un bruit de souffle léger, intermittent, sans trilles; la pression exercée au-dessus et au-dessous d'elle sur les vaisseaux du voisinage, n'amène pas de changement appréciable dans son volume et sa consistance. Toutefois, elle augmente et se tend lorsque l'on fait mettre l'enfant la tête en bas.

Elle n'est pas douloureuse à la pression et ne détermine aucune gêne dans les mouvements du membre supérieur ou de la tête.

Je dois signaler un détail qui me paraît important, c'est que l'enfant avait l'habitude de faire *le poirier*, c'est-à-dire rester le long d'un mur la tête en bas et les pieds en haut.

Je crois avoir affaire à une tumeur veineuse : c'est pour moi une dilatation considérable d'une des grosses veines du cou, soit la jugulaire interne où la sous-clavière à leur point de jonction. Je serais heureux d'ailleurs d'avoir l'opinion de collègues plus expérimentés que moi sur une maladie qui est, je pense, très-rare.

Dans le cas où ils confirmeraient mon opinion, je leur demanderais conseil sur le traitement à suivre, car jusqu'ici la compression et le repos auxquels j'ai soumis le malade n'ont amené aucun résultat, et j'avoue que je suis fort embarrassé.

DISCUSSION.

M. Després. Le diagnostic offre ici des difficultés qui seraient probablement toutes résolues par une ponction exploratrice.

La tumeur présente des symptômes importants : 1° elle est bilobée, d'une mollesse qui rappelle la consistance des adénolymphocèles; 2° il y a une sorte de frémissement analogue à celui des kystes hydatiques. Je serais disposé à admettre l'existence d'un kyste.

M. Demarquay. Je ne pense pas qu'il s'agisse d'une tumeur veineuse. La coloration bleuâtre de ces tumeurs fait ici défaut; on n'observe aucune tension dans les veines du cou. Avant d'instituer un traitement, je serais d'avis d'aspirer quelques gouttes du liquide contenu au moyen de la seringue de Pravaz.

M. Lefort. La tumeur que nous venons d'examiner présente une mollesse particulière; elle tremblotte à la manière des kystes mal remplis. Cette tumeur ne se tend pas sous l'influence des efforts, enfin elle est légèrement transparente. Si cette production n'était pas située sous la peau, je croirais qu'il s'agit là d'un kyste des ganglions du cou. Je me rattache à l'idée d'une collection séreuse avec décollement de la peau, telle que les a décrits Morel Lavallée.

M. Desormeaux. Je pense qu'il faut éloigner l'idée d'une tumeur veineuse, car la tumeur n'est influencée ni par les changements de position, ni par les mouvements respiratoires; du reste, la question du diagnostic me paraît complètement jugée par suite de la transparence de la tumeur. J'admets pour ma part un kyste séreux.

M. Tillaux. Je remercie mes collègues, je compte faire une ponction exploratrice.

Suite de la discussion sur la taille médiane.

M. Giralès. J'ai demandé la parole pour exonérer la taille médiane des reproches qui lui ont été adressés par certains de nos collègues. Si la valeur clinique de la taille médiane n'est pas encore parfaitement établie, on peut cependant affirmer que c'est un bon procédé de taille, à la condition de faire intervenir la tenette à écrasement.

La taille médiane a été pratiquée dès la plus haute antiquité, mais elle a été remise en honneur il y a une quinzaine d'années, par les tentatives de Civiale qui pratiquait la taille médio-bilatérale. En Angleterre, la taille médiane, quoique employée exceptionnellement a été exécutée un grand nombre de fois par un chirurgien auquel elle avait emprunté son nom. C'est la taille d'Allarton. En Allemagne on emploie peu la taille médiane, elle figure à peine dans des relevés qui portent sur deux ou trois mille opérations.

C'est à tort que l'on a dit que la taille médiane n'était point applicable à tous les cas. Voici, du reste, quelques chiffres : De 1 à 10 ans, 63 opérations ont fourni 2 morts; de 10 à 20 ans, 18 opérations ont donné 1 mort seulement, de 20 à 30 ans, 12 opérations et 12 succès, de 30 à 40 ans, 7 opérations, 7 guérisons; de 40 à 50 ans, 6 opérations, dont 2 morts; de 60 à 70 ans, 13 opérations, 1 mort; de 70 à 80 ans, 28 opérations, 7 morts.

Je suis loin d'accepter ces chiffres comme représentant exactement la réalité, il faudrait pouvoir discuter les observations, mais enfin, tels qu'ils sont, les résultats pris en masse permettent d'affirmer que la taille médiane est une bonne opération. A Bristol, 132 tailles médianes n'ont fourni qu'une mortalité de 1 sur 10; la statistique d'Allarton porte sur 153 opérations et on ne compte qu'un mort sur onze.

J'ai dit tout à l'heure que la valeur relative de la taille médiane restait à démontrer; ainsi, à l'hôpital de Norwich, sur 44 tailles médianes on comptait 11 morts, sur 44 tailles latéralisées, 2 morts seulement. Si l'on s'en tenait à ces derniers chif-

fres, la taille latéralisée devrait être préférée ; je dois ajouter, cependant, que, pour ces mêmes opérés, une moyenne de 30 jours a suffi pour guérir ceux qui avaient subi la taille médiane, tandis que les opérés par la taille latéralisée n'ont été rétablis qu'après une moyenne de 37 jours de traitement.

Pour apprécier comparativement les différents procédés de taille, il faut tenir compte de circonstances très-diverses ; on peut cependant dire que la taille médiane et la taille latéralisée donnent des résultats capables de les faire préférer aux différentes tailles bi-latérales.

La taille latéralisée permet de sortir d'aussi gros calculs que la taille bilatérale, et la durée de la guérison est certainement moins grande lorsque la section a porté seulement sur un côté.

Je reviens au procédé de M. Borelli, et je ne crains pas d'affirmer qu'en opérant comme l'indique notre correspondant, on couperait certainement le bulbe. M. Guérin recommande de reporter le bulbe en avant, après l'avoir isolé au préalable, c'est là un procédé d'amphithéâtre, d'une exécution difficile sur le vivant. La blessure de la pointe du bulbe est-elle donc si dangereuse qu'on fasse tant d'efforts pour l'éviter ?

J'ai fait 41 fois l'opération de la taille, j'ai toujours coupé la pointe du bulbe, et je déclare que je n'ai point observé d'accidents dépendants de cette lésion. Certes, il faut éviter, autant que possible, la section du bulbe, mais il ne faut point ici exagérer la gravité. Quant au gorgeret tranchant, l'expérience l'a fait abandonner, il est probable que M. Guérin a confondu le gorgeret tranchant avec le gorgeret conducteur.

Je me résumerai en disant que la taille médiane, loin d'être rejetée, devrait être étudiée avec le désir de fixer définitivement sa valeur clinique. Les résultats qu'elle a fournis sont de nature à encourager les chirurgiens.

La séance est levée à cinq heures un quart.

SÉANCE DU 4 DÉCEMBRE 1867

Présidence de M. Legouest.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Chenevier, chirurgien en chef de l'hôpital de Besançon, adresse une observation intitulée : *Luxation traumati- que de l'extrémité supérieure du radius en dehors.*

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux de la semaine, *Gazette des hôpitaux*, *Gazette hebdomadaire*, *Union médicale*, *Bulletin de thérapeutique* (nov. 1867).

Archives générales de médecine (déc. 1867).

L'Union médicale de la Provence.

Journal de médecine de l'Ouest.

Revue médicale de Toulouse.

Le Sud Médical (Marseille, 1^{re} n^o, nov. 1867).

Compte rendu des travaux de la Société des sciences médicales de Gannat (1866-1867).

Société impériale de médecine de Marseille (oct. 1867).

Division congéniale du sternum ; — de l'oblitération des veines jugulaires comme complication des affections cardiaques ; — du traitement des abcès du foie, observations recueillies à Mexico et en Espagne, par M. Lino Ramirez, docteur en médecine de la Faculté de Mexico.

Des varices artérielles et des tumeurs cirsoïdes, par le docteur Laburthe, ex-interne des hôpitaux de Paris.

Clinique chirurgicale du professeur Sédillot (année 1866, Strasbourg), par le docteur Kien, premier interne.

De l'ablation des malléoles fracturées dans les luxations du pied, compliquées d'issue des os, par le professeur Sédillot (Strasbourg).

De la trachéotomie dans l'œdème de la glotte et de la laryngite nécrosique, par le docteur Obédénare (de Bucharest), Paris, 1866.

Clinical illustrations of various forms of cancer and of other diseases likely to be mistaken for them, by Oliver Pemberton, professor of surgery Birmingham. Un magnifique volume grand in-4^o illustré de planches.

Army medical department. Statistical, sanitary and medical reports. Vol. VII, 1865.

M. **Dolbeau** rend compte d'une observation de luxation de l'extrémité supérieure du radius ; cette observation a été adressée par M. Chenevier, professeur de clinique, à Besançon.

RAPPORT.

M. **Després** fait un rapport verbal sur un nouvel appareil à compression élastique imaginé par M. Sarazin.

COMMUNICATION.

**Malformation de la voûte et du voile du palais.
Circonstances exceptionnelles.**

M. Trélat. Le fait dont je vais entretenir la Société est à la fois singulier et intéressant. Il est singulier en ce sens que nous aurions sous les yeux un cas de réparation spontanée d'une division congénitale du voile du palais plusieurs années après la naissance. Le fait est qu'on observe des traces manifestes de réunion des deux moitiés du repli palatin; quant au passé, je suis obligé de m'en rapporter entièrement au récit du malade, et, quelques précautions que j'aie prises, quelque réitérées qu'aient été mes interrogations, il y a lieu de rester dans une certaine réserve. Au reste, vous en jugerez mieux en vous reportant aux détails de l'observation et en examinant le sujet que je vais vous présenter. Je ne connais dans la science aucun fait semblable à celui-ci. Je connais des cas de guérison de division palatine ou labiale pendant la vie intra-utérine avec cicatrice apparente à la naissance, mais ni la lecture, ni l'observation directe ne m'ont permis de constater des guérisons postérieures à la naissance et surtout pour le plancher de la bouche.

Sur ce premier point, je me borne à cette simple mention : tout porte à croire que nous sommes dans le vrai; j'ai pris toutes les précautions possibles, mais, comme il s'agit d'un récit de malade, comme le fait n'a pas eu de témoins, et que d'ailleurs il me paraît être sans précédent, je me serais reproché de ne pas vous le faire connaître, mais je me reprocherais plus encore de le donner comme absolument incontestable.

Maintenant voici le côté intéressant. L'année dernière, dans un rapport que je fis sur un travail de notre nouveau collègue, M. Liégeois, je développai cette idée que les divisions du voile du palais s'accompagnent fréquemment de malformations ou d'insuffisance de la voûte palatine; que ces malformations, souvent inaperçues, rendent le voile du palais plus court en déplaçant son attache intérieure, et qu'en somme, l'étendue de cette insuffisance de la voûte est la cause fondamentale du succès ou de l'insuccès des opérations plastiques au point de vue des fonctions vocales. En d'autres termes, la staphyloraphie restitue la parole quand la voûte palatine est bien conformée, tandis qu'elle n'atteint pas ce résultat dans le cas contraire.

Or, notre homme est précisément dans l'état d'un opéré gnéri de staphyloraphie. Qu'importe le mécanisme de cette guérison ? Il y a une réunion cicatricielle antéro-postérieure des deux moitiés du voile ; d'autre part, la prononciation est vicieuse, et vous pourrez vous-mêmes constater les lacunes ou les défauts notés dans l'observation. (Ici M. Trélat fait lire le malade à haute voix.) Le *t*, le *q*, le *g* dur sont impossibles ; le *d* est remplacé par un son voisin du *gn* ; l'*s* ressemble fort au *ch*. Cependant le voile est souple, mobile, contractile, ni tendu, ni bridé, mais il ne peut ni toucher, ni même approcher la paroi pharyngienne ni la base de la langue. En même temps, le palais osseux qui a d'habitude 60 millimètres environ depuis le rebord alvéolaire jusqu'à son bord palatin, présente ici des dimensions beaucoup plus restreintes ; de plus, au lieu que ce bord postérieur soit étendu entre les deux dernières molaires avec une petite saillie médiane en forme d'épine, ce qui est la disposition normale ; il est ici fortement échancré suivant une courbure convexe en avant, c'est-à-dire beaucoup plus rapproché des alvéoles antérieures.

C'est donc une nouvelle preuve à l'appui des faits que j'ai avancés. En effet, nous avons ici une réunion staphylienne fort ancienne, des efforts pour améliorer le langage suivis d'un succès partiel, une difformité de la voûte palatine, un vice de prononciation persistant : c'est l'enchaînement de faits sur lequel je désirais fixer votre attention.

Voici maintenant l'observation qui a été recueillie par M. Sautereau, interne de mon service :

Obs. Charles G..., serrurier, âgé de 43 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Barnabé, le 14 novembre 1867.

Cet homme est bien constitué et habituellement bien portant.

Le motif de son entrée est une ténosite sèche, bornée à la gaine du long extenseur du pouce gauche, et qui se diagnostique aisément, grâce à la crépitation particulière dont elle est accompagnée.

Mais d'autres signes caractéristiques attirent l'attention sur la cavité buccale de ce malade.

Il prononce avec difficulté certaines lettres, ne peut en articuler certaines autres, et chaque son émis par le larynx est accompagné chez lui d'un nasonnement accentué.

Il semble même que l'articulation des mots exige impérieuse-

ment chez lui le concours des muscles de la face, car il ne peut parler sans faire plusieurs grimaces exécutées spécialement par les zygomatiques et les muscles des ailes du nez.

Ouvre-t-il la bouche, sans qu'il soit même besoin d'abaisser la base de la langue, on aperçoit la paroi postérieure du pharynx à travers l'isthme du gosier, dont les dimensions dépassent celles de l'état normal.

Cette disposition résulte manifestement de la brièveté de la paroi buccale supérieure, voûte et voile du palais.

La hauteur de cette paroi, depuis l'arcade alvéolaire jusqu'au bord libre du voile est de 60 à 65 millimètres, dont 32 millimètres pour la voûte palatine, et 30 millimètres au moins pour le voile du palais.

La longueur de ce dernier repli est donc à peu près la même qu'à l'état normal, tandis que la voûte osseuse est notablement plus courte.

La luette est rudimentaire; elle est représentée par une saillie ou tubercule arrondi, un peu déjeté à droite. On remarque en outre, à la partie médiane du voile du palais et au niveau de sa jonction avec le bord postérieur de la voûte palatine, une tache d'un blanc grisâtre, presque transparente, tranchant sur la coloration rosée du reste du repli, à bords sinueux et de forme à peu près ovale, mesurant environ 3 centimètres de hauteur; elle aboutit, en bas, à une ligne de même couleur qui, suivant à peu près la portion médiane, vient se terminer à la partie latérale gauche du tubercule qui a remplacé la luette.

La palpation à l'aide du doigt indicateur permet d'apprécier la forme de la voûte palatine. Son bord postérieur est sinueux et forme une courbe à concavité postérieure dont le centre correspond à sa portion médiane. C'est cette courbe qui détermine la brièveté antéro-postérieure très-prononcée de la voûte.

Les deux piliers du voile du palais existent, comme à l'état normal; le postérieur cependant est moins saillant en dedans; la loge amygdalienne est plus petite que chez d'autres sujets.

Le voile du palais est mobile; il s'élève et s'abaisse aisément, bien qu'il ne puisse parvenir à fermer l'orifice postérieur de la bouche. Quand on porte le doigt à travers l'isthme du gosier jusque vers la paroi postérieure du pharynx, au lieu de rencontrer le voile du palais tendu comme un rideau, on passe aisément au-dessous de son bord inférieur fortement échancré sur la ligne médiane. Cette disposition, due à la brièveté de la

voûte osseuse, peut être constatée par la vue en provoquant, par un attouchement, la contraction du voile.

La déglutition est facile et régulière, et les seules fonctions que cette malformation trouble, sont celles de la phonation, encore faut-il dire que la prononciation est médiocrement vicieuse et la parole très-intelligible.

La voix, quel que soit le son émis par le larynx, est nasonnée : ce timbre s'explique aisément, par cela que les ondes sonores, à cause de l'exiguïté de la voûte palatine, trouvent une entrée plus facile dans la cavité nasale où elles retentissent.

Les voyelles, et la plus grande partie des consonnes s'articulent avec facilité. D'autres, au contraire, trouvent dans cette disposition particulière de la bouche, un obstacle insurmontable.

Nous n'avons jamais pu faire prononcer les consonnes *d, t, q, k, g* dur et *s*. Lui ordonne-t-on de dire *gomme, campagne, ton*, malgré ses efforts et sa bonne volonté, il ne parvient à faire entendre que *omme, ampagne, on*.

Ces consonnes font partie de celles que M. Fournier appelle glosso-palatines postérieures ; c'est-à-dire que, pour les prononcer, il faut que la base de la langue s'applique au voile du palais de manière à fermer l'orifice postérieur de la bouche. La consonne est alors émise au moment où cette occlusion cesse brusquement. Or, cette condition ne peut être remplie par le sujet de cette observation à cause de l'insuffisance de la paroi supérieure de la bouche.

Une question se pose naturellement ici. D'où provient cette malformation ? On écarte vite l'hypothèse de la syphilis en écoutant le récit du malade. Celui-ci raconte, en effet, qu'il a toujours eu cette difficulté de la parole et ce timbre de voix nasonné, que l'un et l'autre de ces défauts étaient même plus accusés dans son enfance, et que c'est par l'habitude et avec le temps qu'il est parvenu à prononcer des mots dont l'usage lui était interdit autrefois ; que vers l'âge de 10 à 12 ans, il fut même examiné par un chirurgien qui conseilla de le faire opérer plus tard : il croit qu'à cette époque il y avait division de son voile du palais. Il déclare en outre qu'à sa connaissance, il n'a jamais eu la syphilis ; qu'il n'a jamais fait aucun traitement spécifique, pilules ou potions ; qu'il n'a jamais souffert de la gorge ; enfin, il ne porte aucune marque syphilitique. Tout porte donc à croire qu'il s'agit là d'une division congénitale du voile du palais, avec insuffisance de la voûte palatine, et qu'il se serait fait

spontanément, à une époque indéterminée, un travail de cicatrisation qui aurait remédié en partie au vice de conformation.

M. Demarquay. A l'appui des opinions de M. Trélat, je rapporterai le fait suivant. J'ai été consulté par un monsieur qui portait les traces évidentes d'un bec-de-lièvre, dont la guérison avait été obtenue par les seuls efforts de la nature. Depuis, ce monsieur est devenu père d'un enfant portant un bec-de-lièvre double, avec division de la voûte palatine. Je connais diverses familles dans lesquelles le bec-de-lièvre est manifestement héréditaire.

M. Verneuil. Le bec-de-lièvre, même accidentel, peut guérir spontanément pendant la vie intra-utérine. J'en trouve la preuve dans une pièce que j'ai déposée au musée Dupuytren.

Il s'agit d'un fœtus qui porte une cicatrice à la lèvre supérieure en même temps que dans le point correspondant de la lèvre inférieure on remarque une solution de continuité non réunie.

M. Cloquet. Les divisions de la lèvre peuvent guérir spontanément ; j'ai observé plusieurs enfants, venus au monde avec les traces d'un bec-de-lièvre cicatrisé plus ou moins régulièrement.

M. Guersant. Je n'ai jamais vu de cas analogues à celui que vient de nous présenter M. Trélat, mais j'ai observé, relativement très-souvent, des cas de guérison spontanée de bec-de-lièvre. J'ai vu, avec M. Danyau, un enfant qui, d'un côté, portait un bec-de-lièvre, et de l'autre côté les traces évidentes d'une guérison qui avait dû s'effectuer dans le sein de la mère.

M. Trélat. Je connais une quinzaine d'observations de guérison spontanée du bec-de-lièvre, mais je constate que personne, parmi les membres de la Société, n'a encore observé la guérison spontanée de la fissure palatine. Si l'on en croit le récit du malade, chez lui la guérison se serait effectuée postérieurement à la naissance.

Election d'un membre titulaire.

28 membres prennent part au scrutin.

M. Liégeois obtient 25 suffrages ;

M. Leroy d'Etiolles, 2 ;

M. Guéniot, 1.

En conséquence, M. Liégeois est élu membre titulaire.

Election d'un membre honoraire.

L... Société, appelée à se prononcer sur la demande d'honorariat, faite par M. Richet décide à la majorité de 26 voix sur 28 votants, que M. Richet sera inscrit sur la liste des membres honoraires.

COMMUNICATION.

Difformité du mal vertébral.

M. Broca. Il y a plusieurs années, j'ai soutenu l'existence de plusieurs espèces dans le mal vertébral de Pott. L'une de ces espèces, décrite par M. Ripoll (de Toulouse), sous le nom de polyarthrite vertébrale, consiste dans la destruction primitive des disques intervertébraux.

Plusieurs pièces, que j'ai pu examiner, m'ont démontré que, dans cette forme de mal vertébral, la gibbosité, au lieu d'être angulaire, offre une courbe régulière. J'ai pensé qu'on pouvait tirer parti de cette particularité pour arriver au diagnostic de la polyarthrite vertébrale. Voici trois moules qui représentent la forme de la gibbosité et, dans l'un des cas, j'ai pu vérifier l'exactitude du diagnostic que j'avais porté pendant la vie. Tout en attachant de l'importance à la régularité de la courbure, je suis obligé d'admettre que des destructions partielles portant sur les corps vertébraux peuvent également donner naissance à une gibbosité non angulaire, et simuler la polyarthrite. Cette dernière hypothèse ne s'adressant qu'à des faits exceptionnels, je persiste à croire que la forme de la gibbosité peut être cliniquement utilisée dans le diagnostic des différentes espèces de mal vertébral.

M. Cloquet. J'ai vu plusieurs fois des courbures régulières de la colonne vertébrale absolument analogues à celles dont M. Broca présente le moule. Le rachitisme des corps vertébraux peut avoir pour conséquence, ainsi que cela résulte de mes observations, la formation de gibbosités que M. Broca semble disposé à considérer comme caractéristiques de la polyarthrite vertébrale.

M. Bouvier. Les malades qui ont été observés par M. Broca n'étaient point atteints de rachitisme, puisque chez l'un d'eux, l'autopsie a démontré les lésions de la polyarthrite. Un autre de ces malades était paraplégique, ce qui exclut encore l'idée du rachitisme. Le diagnostic des différentes espèces de mal vertébral est toujours environné de grandes difficultés. Je me

rallie, du reste, à l'opinion de M. Broca, du moment qu'il veut bien admettre que, dans certaines conditions, la carie, les tubercules peuvent donner aussi naissance à des gibbosités régulières de la colonne vertébrale.

Je ferai remarquer que sur l'un des moules il y a manifestement des saillies anguleuses, c'est le fait dans lequel l'autopsie a démontré l'existence d'une polyarthrite.

M. Marjolin. Je n'ai guère observé qu'un seul cas de polyarthrite vertébrale; il est, du reste, bien difficile de préciser si ce sont les disques vertébraux qui sont primitivement malades. Dans les suppurations étendues de la colonne vertébrale, les disques sont presque complètement détruits. J'avoue que si l'on m'eût présenté le moule qui offre une gibbosité angulaire, je n'eusse point hésité à affirmer que les corps vertébraux étaient détruits. Certains enfants mal portants, rachitiques présentent parfois une courbure assez limitée de la colonne vertébrale; dans ces cas, il faut savoir qu'il n'y a point de lésion et que la courbure tient à une inclinaison naturelle.

On a beaucoup parlé de l'influence de la masturbation sur la production du mal de Pott. J'ai fait sur ce sujet des recherches précises et je puis affirmer que, 19 fois sur 20, les gibbosités vertébrales ne coïncidaient point avec un développement anormal des organes génitaux.

M. Broca. Il ne serait point impossible que l'opération du moulage n'eût exagéré les saillies. Il suffit d'examiner ces moules de profil pour se convaincre que la gibbosité diffère de celle que l'on observe dans le mal de Pott tuberculeux. Il y a une erreur que l'on pourrait commettre, c'est de confondre la gibbosité de la polyarthrite avec celle qui s'observe dans la vieillesse. Les commémoratifs pourront seuls éclaircir le diagnostic.

M. Bouvier. A l'inspection de ces plâtres, je n'eusse point, comme M. Broca, admis l'existence d'une polyarthrite. Il est nécessaire, pour se prononcer, d'avoir assisté au début de l'affection. J'ai vu la carie vertébrale s'accompagner au début d'une gibbosité angulaire qui s'arrondissait ultérieurement par suite des progrès du mal. Pour affirmer la polyarthrite d'après la seule forme de la gibbosité, il faut être sûr qu'à aucune époque de la maladie, la colonne vertébrale n'a point été courbée angulairement.

La séance est levée à cinq heures.

SÉANCE DU 11 DÉCEMBRE 1867.

Présidence de M. LEGUEST

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de remerciement de M. Liégeois, nommé membre titulaire dans la dernière séance.

Une lettre de M. Marduel, qui adresse deux exemplaires de sa thèse pour le prix Duval. Cette thèse ayant été soutenue en 1867, appartient au concours de 1868.

La correspondance imprimée comprend les journaux de la semaine, *Union médicale*, *Gazette des Hôpitaux*, *Gazette hebdomadaire*.

L'Art dentaire (nov. 1867).

Montpellier médical (déc. 1867).

Journal de médecine (déc. 1867).

L'article *Attitude* (*Orthopédie*), par M. Bouvier, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

Estudo sobre as hernias parietaes da lexiga e sobre os calculos vesicaes encarcerados, por le Dr da Silva Amado (Lisbonne, 1867).

Notice sur les titres, services et travaux scientifiques de M. le baron Hip. Larrey (nov. 1867).

Catalogue of the surgical section of the United States army medical Museum (Washington, 1866). Ce magnifique volume in-4° de plus de 4,000 pages, est illustré d'un grand nombre de figures gravées sur cuivre et de photographies.

M. LE PRÉSIDENT invite M. Liégeois à prendre séance.

M. le Président informe la Société que le Bureau a été d'avis de déclarer vacante une place de membre titulaire.

M. DEMARQUAY. Sur l'invitation de notre collègue M. Tillaux, j'ai pratiqué la ponction de la tumeur du cou sur la nature de laquelle la Société avait établi une discussion. Au moyen de la seringue de Pravaz, j'ai pu aspirer un liquide citrin renfermant une grande quantité d'albumine.

M. Demarquay insiste sur l'importance qu'il y a, en pratique, de faire les ponctions exploratrices avec la seringue de Pravaz.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. BOINET. Je désire soumettre à l'examen de la Société un jeune homme âgé de 49 ans, qui présente un phénomène assez singulier. Ce malade n'a jamais souffert, mais il suffit qu'il imprime des mouvements à son sapulum pour qu'il en résulte des deux côtés, mais surtout à gauche, une crépitation rude qui rappelle assez bien celle de l'arthrite sèche.

M. DEMARQUAY. Dans un cas analogue, j'ai pu constater, par l'autopsie, qu'il existait une exostose éburnée des côtes, à la surface de laquelle frottait l'omoplate.

RAPPORT.

M. Verneuil fait un rapport sur les travaux de M. le docteur Patry.

M. DEMARQUAY. L'un des faits qui se trouve rapporté dans le travail de M. Patry, m'engage à citer l'observation suivante :

Un jeune homme de 49 ans portait, à la partie moyenne du triangle de Scarpa, une fistule stercorale consécutive à une hernie étranglée non opérée. La longueur du trajet était telle qu'on pouvait y introduire la totalité d'un stylet de trousse : la cautérisation avec le cautère électrique, aidée d'une compression méthodique, a amené une guérison radicale.

M. Patry pense que les lombrics peuvent perforer l'intestin ; je partage cette manière de voir, et j'ai eu la preuve de ce fait singulier en faisant l'autopsie d'un cheval qui avait succombé rapidement à la suite d'atroces douleurs abdominales.

Les travaux de M. Patry sont renvoyés au comité de publication.

RAPPORT.

M. GUÉRIN fait un rapport sur une observation d'ovariotomie présentée par **M. Dumesnil**, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen.

M. BOINET. Sans vouloir critiquer en aucune façon la conduite de notre confrère, je profiterai de la circonstance pour faire quelques remarques. Lorsqu'on pratique l'ovariotomie, il ne faut pas craindre de faire une large ouverture; sans cette précaution, on éprouve des difficultés pour extraire le kyste et pour nettoyer ensuite la cavité péritonéale. Il est difficile d'arrêter les hémorrhagies qui succèdent aux déchirures de l'épiploon, en employant soit le perchlorure de fer, soit même le fer rouge.

M. DEMARQUAY. Il y a eu dans le cas de **M. Dumesnil** un accident qu'il n'est pas rare d'observer après l'ovariotomie. Notre confrère a eu à lutter contre la tympanite intestinale; dans le cas particulier, il est probable que l'accident reconnaissait pour cause un certain degré d'obstacle au cours libre des matières intestinales. L'incision de l'intestin a permis d'évacuer facilement tous les gaz, ce qui n'eût point eu lieu si réellement la tympanite tenait à une autre cause que celle que je viens d'indiquer. Je crois qu'il serait utile que l'on discutât dans la Société de chirurgie cette question si importante des tympanites à la suite des opérations sur l'abdomen.

Après une courte discussion à laquelle prennent part **MM. Guérin, Demarquay et Boinet**, la Société décide que l'observation de **M. Dumesnil** sera renvoyée au comité de publication.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

M. NOTTA (de Lisieux). Frappé de la difficulté que l'on éprouve, dans certains cas d'atrésie pupillaire, à saisir avec une pince la membrane irienne fortement tendue pour en réséquer un lambeau, j'avais demandé, il y a longtemps, à **M. Charrière**, de me fabriquer un instrument qui fût à la fois un crochet et une pince.

M. Charrière fit un instrument que l'on ne saurait mieux comparer qu'à un petit lithotriteur, dont l'extrémité recourbée de la branche femelle se terminerait par une extrémité pointue plus saillante que l'extrémité de la branche mâle; quant à la branche mâle qui fait l'office de pince, elle est mobile et peut être mise en mouvement, à l'aide de l'index, par un petit anneau saillant qui existe à sa base. Cet instrument est figuré dans le troisième volume de la *Pathologie chirurgicale* de M. Nélaton, p. 143 (1854). Cependant ce mécanisme ne laissait pas à la main toute la précision désirable; M. Mathieu l'a modifié de la façon la plus heureuse, en diminuant sa longueur et en faisant mouvoir la branche mâle à l'aide d'une petite pédale située sur le manche, ce qui donne une grande précision au maniement de l'instrument.

J'ai eu l'occasion de l'employer deux fois pour une iridectomie, dans deux cas d'amaurose, et l'opération a été faite avec la plus grande facilité; une autre fois, dans un cas d'atrésie pupillaire, j'ai pu enlever un lambeau irien; enfin, dernièrement, M. Meyer s'en est servi avec succès pour pratiquer une pupille artificielle dans des circonstances défavorables.

LECTURE.

M. Edouard Cruveilhier donne lecture de deux observations de gangrène diabétique (Commis. : MM. Verneuil, Trélat et Tillaux).

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 18 DÉCEMBRE 1867.

Présidence de M. LEGUEST

La séance est ouverte à trois heures et demie. Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend les journaux de la semaine : *la Gazette des Hôpitaux*, *l'Union médicale*, *la Gazette hebdomadaire*, *l'Art dentaire*, *la Gazette médicale de Strasbourg*.

— *Bulletin de la Société médicale de l'Aube*, 1867.

— *Eulogy on the Late Valentine Mott*. By Alfred Post. New-York, 1866.

— *A Collection of remarkable cases in Surgery*. By Paul Eve, pofr. of Surgery at Nashville. Philadelphia, 1857.

A propos du procès-verbal.

COMMUNICATION.

M. DESPRÉS présente un ixode de France, vulgairement appelé tique ou ricin, qui a vécu six semaines attaché au ventre d'un vieillard âgé de soixante-neuf ans, et demeurant à Paris, rue de Lourcine, depuis plusieurs années. Ce fait, dit le présentateur, n'a d'intérêt que comparativement à un fait récemment présenté à la Société, celui d'un ixode du Mexique logé dans l'oreille, et que, eu égard au siège de cet arachnide sur la peau du ventre. L'ixode est tombé seul, après avoir acquis le volume d'une amande de noisette, et le malade n'a jamais souffert, quoiqu'il y ait quelques rougeurs angioleuciques autour du point d'implantation de l'animal.

M. LIECROIS. Les faits analogues à celui signalé par M. Després sont fréquents parmi les chasseurs. Dans une réunion composée de dix personnes, huit d'entre elles prétendaient avoir été atteintes de tiques. Un de ces mêmes chasseurs affir-

mait avoir, sept à huit fois, été dans la nécessité de se faire extraire un tique; chacune de ces petites opérations était suivie d'une lymphite et de douleurs qui persistaient plusieurs semaines. L'opinion des chasseurs est que ce petit animal prend naissance dans les bois, à la surface des feuilles.

M. DÉSORMEAUX. J'ai enlevé bien des fois des tiques, et en particulier chez un enfant qui en avait autour du cou et des oreilles; on avait cru à l'existence de petites tumeurs. Dans aucun cas l'extraction n'a été suivie d'accidents.

M. BOINET. Chez les gens de la campagne on observe les tiques sur toutes les parties du corps. Jamais, si j'en crois mon expérience, l'arrachement n'a provoqué d'accidents.

RAPPORT.

M. GIRALDÈS lit un rapport qu'il a composé au nom de la Commission chargée de désigner un candidat à la place de membre associé étranger. L'élection aura lieu dans une prochaine séance.

ÉLECTION.

La Société procède à la nomination d'une commission chargée de faire un rapport sur les titres des candidats à la place de membre titulaire. Sont désignés : MM. Després, Lefort et Tarnier.

COMMUNICATION.

M. PRESTAT, de Pontoise, présente une pièce anatomique et donne lecture de l'observation suivante :

Observation de tumeur du testicule sur un enfant de neuf mois. Ablation du testicule.

Henry P..., âgé de neuf mois, d'un tempérament lymphatique très-accusé, enfant gras, mais mou et pâle, a présenté dès le cinquième mois de sa vie un gonflement du côté gauche des bourses. Lors de mon premier examen, la transparence de la tumeur, son poids relativement léger me donnèrent à croire que j'avais affaire à une de ces hydrocèles si fréquentes dans la première enfance et dont un bon nombre guérissent sans opération. Je prescrivis des applications d'eau

tenant en dissolution du sel ammoniac. Au bout de six semaines, voyant que je n'avais rien gagné, je conseillai des onctions avec une pommade contenant un gramme d'iodure de potassium pour trente grammes d'axonge. La maladie restait stationnaire, lorsqu'au milieu de novembre, cet enfant me fut ramené et je constatai que la tumeur était complètement opaque, qu'elle était beaucoup plus lourde et qu'elle augmentait rapidement de volume. Cette tumeur mesurait alors six centimètres en hauteur sur quatre de large. Elle était indolente, même à une pression modérée.

Une ponction exploratrice ne ramena que du sang en petite quantité et quelques gouttes d'un liquide visqueux et louche.

J'avais affaire à un sarcocèle tuberculeux; les antécédents de la famille, — un frère aîné a succombé il y a trois ans à une phthisie pulmonaire; une autre fille est lymphatique et presque idiote; — en outre, la coloration fraîche de l'enfant éloignaient l'idée d'un cancer, affection d'ailleurs assez rare chez l'enfant.

Après avoir pris conseil de notre collègue Marjolin, je proposai aux parents l'amputation du testicule, qui fut acceptée.

Cette opération fut pratiquée le 30 novembre avec l'aide de mes collègues de l'Hôtel-Dieu. L'enfant préalablement chloroformé, je disséquai rapidement le testicule en enlevant une portion de la peau de la face antérieure du scrotum, une ligature en masse fut placée sur le cordon testiculaire à la sortie de l'anneau inguinal, aussi haut que possible et le cordon fut coupé en deçà de cette ligature. L'enfant perdit à peine une petite cuillerée de sang.

Le pansement fut à peu près celui d'une hernie inguinale opérée.

Sauf la douleur inévitable des premiers jours, les suites de l'opération furent aussi simples que possible. La ligature se détacha le cinquième jour sous une légère traction; la plaie diminua rapidement et, aujourd'hui dix-neuf jours après l'opération, l'enfant est complètement guéri. Je vais diriger tous mes soins vers une modification de la constitution lymphatique de cet enfant; préoccupé que je suis de voir l'affection tuberculeuse se reproduire sur un autre organe. L'examen de la tumeur m'a montré la justesse du diagnostic. En incisant le testicule à la partie postérieure, j'ai mis à nu plusieurs tubercules gros comme des pois, d'une couleur jaune et encore consistants.

Plusieurs membres font observer qu'il serait nécessaire de faire l'examen microscopique de la tumeur pour déterminer quelle en est exactement la composition anatomique.

DISCUSSION SUR LA TAILLE MÉDIANE (SUITE).

M. CHASSAGNAC. On fait aujourd'hui beaucoup moins l'opération de la taille, cependant il y a parmi les membres de la Société plusieurs chirurgiens dont l'opinion pourrait être invoquée.

Je désire néanmoins présenter quelques considérations pour compléter ce que j'ai déjà dit dans une précédente séance. L'opération proposée par **M. Borelli** n'est qu'une boutonnière. On préconise cette manière de faire en disant que cette ouverture suffit pour l'extraction de gros calculs. J'ai déjà dit que l'incision devait être large et intéresser le col de la vessie, la difficulté n'étant point de sortir le corps étranger, mais bien d'introduire les tenettes. On a invoqué ici les travaux de **M. Bouisson**, je dois déclarer qu'il n'y a point d'analogie entre la manière de faire du chirurgien de Montpellier et celle de **M. Borelli**. **M. Bouisson** a opéré seulement des enfants qui portaient de petites pierres, ce sont des opérations de taille réduites à des proportions minimales, mais il n'y a rien de comparable avec les opérations de **M. Borelli**, qui a extrait par la taille médiane des calculs volumineux. Je crains qu'en procédant de la sorte on ne produise des déchirures graves, et je déclare n'être point suffisamment édifié pour renoncer à des principes que je considère comme fondamentaux.

Il faut tirer de l'incision prostatique tout ce qu'elle peut donner, et cela pour entrer les tenettes, puis la dilatation fera le reste au moment de l'extraction.

M. GIRALDÈS. Je partage l'opinion de **M. Chassagnac**; il ne faut pas extraire de gros calculs par la taille médiane, mais la valeur de cette opération devient toute différente lorsqu'à la petite incision on ajoute le broiement de la pierre. Avec la lithotritie périnéale, les mauvaises chances sont éloignées et la guérison est plus rapide.

On a dit que l'hémorrhagie nécessitait le tamponnement, et que de là naissait le danger de l'infiltration urinaire. Il n'est point possible d'accepter cette proposition quand on veut bien

se rappeler certains procédés de tamponnement qui permettent le libre écoulement de l'urine.

M. VERNEUIL. M. Giralès a ramené la question sur son véritable terrain; la taille médiane ne peut être défendue qu'à la condition d'y joindre le broiement des calculs. Pour pratiquer la lithotritie périnéale, il suffit d'une petite incision permettant le passage d'instruments déjà très-puissants. En agissant comme je viens de le dire, on a une plaie suffisante pour tirer les petits calculs, et lorsque la pierre est volumineuse, on combine la lithotritie à la taille médiane.

M. CHASSAIGNAC. On semble oublier le point de départ de la discussion. Pour ma part, j'ai combattu la boutonnière comme un mauvais procédé de taille; M. Verneuil nous dit qu'il faut combiner la taille médiane avec le broiement des calculs, et il a invoqué précédemment en faveur de son opinion la pratique de M. Bouisson. J'ai lu les observations de M. Bouisson, et je puis affirmer que notre collègue de Montpellier a tiré des calculs par la taille médiane sans les avoir fragmentés au préalable. M. Bouisson a bien dit qu'on pouvait casser les calculs, mais il ne l'a point fait; on ne peut donc invoquer la pratique de M. Bouisson en faveur d'une opération nouvelle à laquelle on donne le nom de lithotritie périnéale.

En terminant, je demanderai à M. Giralès si, dans les statistiques qu'il nous a citées, il s'agit d'opérations dans lesquelles la taille et la lithotritie se sont trouvées combinées.

M. GUERSANT. Dans les dernières années de ma pratique hospitalière, je n'ai jamais fait l'opération de la taille sans avoir à ma disposition un lithotriteur. Je me suis bien trouvé de cette précaution lorsqu'il s'agissait de calculs volumineux. Dans des circonstances semblables, j'ai aussi utilisé le débridement multiple, la taille quadrilatérale de Vidal, et j'ai pu tirer ainsi des calculs très-gros.

M. GIRALÈS. Quand j'ai parlé de la taille d'Allarton, j'indiquais une opération dans laquelle il y a combinaison de la taille et de la lithotritie.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 26 DÉCEMBRE 1867

Présidence de M. LEGUEST

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance imprimée comprend les journaux de la semaine : *la Gazette des Hôpitaux*, *l'Union médicale*, *la Gazette hebdomadaire*.

— *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 3^e série, t. I, n° 8, 9.

— *Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants*, par M. Giraldès, recueillies et annotées par MM. Bourneville et G. Bourgeois, internes des hôpitaux. 4^{er} fascicule des malformations congénitales.

— *Éléments de pathologie chirurgicale générale*, par M. Billroth, professeur à Vienne, traduit de l'allemand par MM. Culmann et Sengel, offert par M. Verneuil.

OPÉRATION DE LA TAILLE (SUITE).

M. DEMARQUAY. La Société de chirurgie s'occupe en ce moment de l'opération de la taille; je ne voudrais pas laisser passer cette occasion de revendiquer la priorité de certaines recherches qui me sont personnelles.

Il y a une vingtaine d'années, lorsque j'étais prosecteur, j'ai beaucoup étudié les rapports entre le rectum et le bulbe de l'urèthre; les conclusions que j'avais tirées à cette époque sont absolument différentes de celles de M. Borelli. J'ai toujours pensé que dans les opérations de taille telles qu'on les pratiquait autrefois, il était fort difficile d'éviter la blessure du bulbe. Cette lésion est grave pour les raisons déjà énoncées ici; j'en

indiquerai une autre. L'une des artères du bulbe est quelquefois très-volumineuse, et si on la coupe, l'hémorrhagie est redoutable. Dans un cas semblable la ligature est chose difficile, je pense même qu'on serait fort embarrassé d'arrêter le sang si l'on avait employé le procédé de taille que recommande M. Borelli.

Les rapports entre le bulbe de l'urèthre et le rectum varient suivant diverses circonstances : si le bulbe présente un prolongement volumineux, ou bien encore si l'ampoule rectale est fort développée, les deux organes se rapprochent forcément l'un de l'autre, quel que soit d'ailleurs celui qui se porte vers l'autre. Lorsque la symphise pubienne est très-élevée, l'urèthre présente une courbure plus considérable et le bulbe se rapproche du rectum. Pour toutes les raisons que je viens d'indiquer ici, j'avais conclu de mes recherches qu'il fallait, pour éviter le bulbe, isoler le rectum par une dissection.

J'avais déjà parlé de ces diverses circonstances dans un rapport fait ici à l'occasion d'une opération de M. Le Roy d'Étiolles; j'avais fait dessiner le résultat de mes dissections, et les figures se retrouvent dans l'ouvrage de M. Phillips.

Pour me résumer, je dirai que j'avais imaginé la taille prérectale, opération qui est actuellement très-employée. Les élèves de M. Nélaton ont cru devoir rapporter à leur maître l'honneur de l'invention.

M. LARREY. Je crois qu'il n'est pas sans intérêt de citer des faits dans lesquels on a avantageusement combiné la taille et la lithotritie. En 1839, Bégin fit la taille bi-latérale pour un calcul volumineux. L'extraction ne put se faire et le lendemain seulement, grâce au percuteur d'Heurteloup, le calcul fut fragmenté, extrait et le malade guérit. Cette observation est relatée dans les *Mémoires de médecine militaire pour 1840* (t. XLIX, 1^{re} série).

ÉLECTION.

M. de Graefe, de Berlin, est élu membre associé de l'étranger par 19 voix sur 22 votants, en remplacement de sir William Lawrence.

COMMUNICATION.

M. OLLIER, de Lyon, fait les communications suivantes :

**Réséction tibio-tarsienne préventive pour cause
traumatique.**

Après avoir donné autrefois de brillants résultats à quelques chirurgiens, la réséction tibio-tarsienne est aujourd'hui à peu près abandonnée en France. Est-ce à tort? est-ce à raison? Telle est la question que je me proposais de traiter aujourd'hui devant vous, si le temps me l'eût permis. Mais limité par l'heure, et privé d'ailleurs, par une circonstance indépendante de ma volonté, des moyens de démonstration que je m'étais proposés, je me bornerai à examiner quelques points de cette importante question, et en particulier la valeur de la réséction dans les cas traumatiques, et les avantages de la méthode sous-périostée dans cette catégorie de cas.

Les fractures multiples de l'extrémité inférieure du tibia avec ouverture de l'articulation tibio-tarsienne sont généralement, dans la chirurgie d'hôpital et dans la chirurgie d'armée, considérées comme des cas d'amputation. La multiplicité des accidents auxquels est exposé le blessé pendant la suppuration de la plaie, l'incertitude du résultat au point de vue du fonctionnement ultérieur du membre, ont fait préférer l'amputation qui, tout en mutilant l'individu, laisse une plaie dont la cicatrisation, relativement rapide, permet bientôt au blessé de suppléer au membre absent par un appareil prothétique.

Je ne crois pas que, même à ce point de vue, les avantages de l'amputation soient aussi évidents qu'on le croit généralement. Après les opérations de réséction tibio-tarsienne que j'ai pratiquées, j'ai constaté des résultats plus satisfaisants au point de vue fonctionnel qu'après l'amputation sus-malléolaire, même dans un cas où j'avais été obligé de réséquer douze centimètres du tibia.

J'ai pratiqué deux réséctions tibio-tarsiennes primitives, c'est-à-dire au lendemain de l'accident, avant l'arrivée des phénomènes inflammatoires; les deux malades ont guéri. Dans un autre cas, sur un blessé qui ne voulait pas entendre parler d'amputation, j'ai réséqué la moitié du tibia fracturé en un grand nombre de fragments; le malade succomba à des accidents cérébraux dus à une lésion de la tête. Mais cette troisième opération est venue encore, malgré sa terminaison fatale, me confirmer dans l'idée que la réséction des os de la jambe n'a pas la gravité immédiate qu'on pourrait lui supposer, d'après les

idées généralement reçues. Tout s'était bien passé du côté de la plaie tibiale, il n'y avait eu qu'une inflammation modérée, et sans le traumatisme de la tête, la guérison eût été obtenue. Quant aux deux cas dans lesquels l'opération a été suivie d'un heureux succès, le premier, rapporté dans mon *Traité de la régénération des os*, t. II (*Résect. tibio-tarsienne*), a consisté dans la résection de douze centimètres de l'extrémité inférieure du tibia. Je ne touchai ni à l'astragale, qui était sain, ni au péroné, qui était fracturé en trois fragments. Je me bornai à faire chevaucher les fragments du péroné pour diminuer la longueur de la jambe et rapprocher l'astragale de la surface de section du tibia. Le blessé, âgé de cinquante ans, se trouvait dans de mauvaises conditions au point de vue de la régénération osseuse. Je devais d'autant moins attendre une reproduction complète, qu'il s'agissait d'une résection primitive, c'est-à-dire d'une résection dans laquelle le périoste, déjà privé par l'âge des propriétés ostéogéniques qu'il possède pendant la croissance du squelette, n'avait pas eu le temps d'être influencé favorablement par une irritation préalable. Aussi n'y a-t-il eu qu'une reproduction incomplète. Une colonne de 4 centimètres part du bout supérieur, mais ne se continue que par des tissus fibreux à une plaque osseuse de nouvelle formation, développée au niveau de la malléole. Malgré cela le pied, quoique légèrement incliné en dedans, appuie par toute sa face plantaire. A l'aide d'un appareil à tuteurs latéraux, le malade marcha toute la journée, et a repris depuis six mois son métier de tonnelier. L'opération avait été pratiquée le 19 juillet 1866.

Dans le second cas, les deux os, le tibia et le péroné ont été réséqués, les deux malléoles enlevées. L'opération date de quatre mois. J'ai revu le malade il y a quatre semaines, c'est-à-dire trois mois après l'opération : la suppuration était complètement tarie, et déjà le pied était solidement uni à la jambe et dans une bonne direction. Il exécutait quelques légers mouvements volontaires de flexion et d'extension. Six centimètres environ des deux os ont été retranchés à partir de la pointe des malléoles; c'est-à-dire que la longueur de la jambe a été diminuée de 4 centimètres. Le résultat déjà obtenu me permet d'espérer avant peu un membre solide propre à la station et à la marche, c'est-à-dire un membre qui rendra au blessé beaucoup plus de services qu'un moignon d'amputation.

J'ai pratiqué ces deux opérations par la méthode sous-périostée, et ici je ne ferai que répéter ce que j'ai déjà eu l'occasion d'exposer plusieurs fois devant vous. Même dans les cas les plus défavorables, le périoste, la capsule et les ligaments, c'est-à-dire tous les éléments

fibreuse de l'articulation, peuvent être séparés de l'os et conservés. A l'aide du *détache-tendon*, je dénude les os et je les retire aussi nets que s'ils avaient été préparés par une longue macération. C'est plus long sans doute qu'une résection ordinaire, mais c'est là une question secondaire, puisque le malade ne sent pas. Si l'on ne peut pas conserver toute la gaine périostique, toutes les parties ligamenteuses, il faut en conserver le plus possible. Plus on en conservera, plus on aura de matériaux pour consolider la nouvelle articulation.

Comme je l'ai fait observer plus haut, je n'ai pas cherché à récupérer la longueur du membre. J'ai rapproché l'astragale du tibia, en réséquant le péroné dans un cas, en faisant chevaucher les fragments de ce dernier os dans l'autre. Il importe avant tout, ici, d'avoir un membre solide. La diminution de longueur de la jambe est chose secondaire lorsqu'elle n'excède pas quatre centimètres : aussi faut-il toujours rapprocher, lorsqu'on a dépassé l'âge physiologique des régénérations osseuses.

Indépendamment de la régénération osseuse que seule elle permet d'obtenir, la conservation du périoste et des parties fibreuses a pour avantage d'accumuler, autour des extrémités osseuses, des masses fibreuses qui forment des liens solides entre les os contigus. Elles assurent la solidité du pied et préviennent sa mobilité latérale. Il se forme, du reste, même dans les cas les plus défavorables, des masses ostéoides ou osseuses au niveau des malléoles, qui fixent l'astragale aux extrémités des os de la jambe.

Pour favoriser cette solidité de la nouvelle articulation, j'ai recours au bandage inamovible, plâtré ou amidonné, placé immédiatement après l'opération. C'est là, je crois, le point le plus important du traitement consécutif. L'immobilité prévient le développement de l'inflammation, diminue la période de suppuration et hâte la formation des liens nouveaux qui doivent fixer le pied à la jambe.

Le bandage plâtré me paraît préférable après les résections primitives, lorsqu'il n'y a pas encore d'inflammation dans le membre. Si cette inflammation a déjà commencé de se développer, le bandage amidonné, doublé d'une forte couche de coton cardé, doit avoir la préférence; la couche de coton permettant, par son élasticité, une certaine augmentation de volume des parties sous-jacentes. Il faut, du reste, se tenir prêt à enlever le bandage, s'il survient du gonflement, s'il y a menace d'étranglement. Surveillé, ce bandage n'a aucun inconvénient. On est toujours à temps de prévenir ses dangers. Des fenêtres latérales permettent de surveiller la plaie et d'appliquer les pansements nécessaires.

Quoiqu'un peu lourd, le bandage plâtré a de grands avantages lorsqu'il s'agit de transporter le malade et de lui faire faire un trajet plus ou moins long. Il immobilise mieux que tous les autres bandages et, à ce titre, il permettra, je l'espère, d'avoir recours à la résection tibio-tarsienne, dans la chirurgie d'armée. Par exemple, lorsque le blessé pourra être transporté et soigné dans un hôpital, avec des conditions hygiéniques suffisamment bonnes. Avec les anciens appareils à attelles et même les gouttières, on n'avait pas une immobilité suffisante, et c'est probablement là une des causes qui ont fait condamner cette résection par la plupart des chirurgiens militaires.

Dans les cas que j'ai observés, j'ai été frappé de la bénignité des suites immédiates. Le choc opératoire m'a paru moins grave qu'après l'amputation de la jambe faite dans les mêmes conditions.

Je considère ici que la méthode sous-périostée a encore, au point de vue des suites immédiates, des avantages sur la méthode ancienne. En se tenant dans la gaine périostique, on ménage tous les organes voisins, vaisseaux, nerfs, gaines tendineuses et musculaires. On limite le foyer du traumatisme, et on n'ouvre pas des portes aux fusées purulentes comme dans les anciens procédés.

Je ne parle pas de cette résection appliquée aux tumeurs blanches et diverses lésions chroniques spontanées de l'articulation tibio-tarsienne; j'ai voulu seulement appeler l'attention de la société sur les résections primitives pour cause traumatique, qui me paraissent aujourd'hui repoussées de la pratique des grands hôpitaux et qui, cependant, méritent, à mon avis, d'y être réintégrées, toutes les fois que l'état des parties molles permet de tenter la conservation du membre. Un de nos collègues, M. Broca, avec qui je m'entretenais tout récemment de ce sujet, m'a dit avoir pratiqué cette opération avec succès, il y a quelques semaines, à l'hôpital Saint-Antoine. Tout fait espérer que son malade fournira un nouvel argument en faveur de la réintégration de cette opération dans la pratique hospitalière. Nous devons d'autant plus soumettre la question à un nouvel examen, que le perfectionnement du traitement consécutif par les bandages inamovibles permet d'évacuer plus facilement les malades au dehors et de les soustraire à l'influence du milieu nosocomial.

Des pointes métalliques et de leur application dans le cas de pseudarthroses.

J'ai appliqué depuis trois ans, dans sept circonstances, la pointe métallique de Malgaigne, ou un autre appareil du même genre, au traitement des fractures. J'ai pu vérifier ainsi la complète innocuité

de cette méthode, contre laquelle j'avais eu, je dois l'avouer, une certaine répugnance au début de ma pratique chirurgicale. Je pensais qu'avec les moyens ordinaires on pouvait remédier, par des combinaisons variées, à toutes les espèces de déplacement dans les fractures du tibia; mais ayant rencontré quelques cas dans lesquels, après beaucoup de peine, je n'avais pu obtenir un résultat parfait, je me décidai à recourir à la pointe métallique, et je l'appliquai même à une fracture de cuisse pour rapprocher et maintenir en contact les fragments qui, après trois mois, n'avaient aucune tendance à se souder l'un à l'autre.

Indépendamment de l'appareil de Malgaigne, je me suis servi d'un nouvel appareil, basé sur la même idée fondamentale, mais en différenciant en ce que la pointe mobile, dans tous les sens, peut être portée dans toutes les directions et est applicable, par cela même, à tous les genres de fractures. Il est essentiellement composé de deux tiges verticales réunies par une tige horizontale, le long de laquelle court la pointe qui peut être inclinée dans toutes les directions. Les tiges verticales elles-mêmes, qui sont solidement fixées par de fortes griffes à une gouttière quelconque, peuvent être plus ou moins inclinées par rapport à l'axe de la gouttière.

Je considère la pointe comme le meilleur moyen de pression toutes les fois qu'il faut presser fortement sur un fragment. Tous les appareils qui agissent sur une surface, même limitée, doivent être rejetés; car, ou la pression est faible, ou elle est forte. Si elle est faible, elle est inutile; si elle est forte, elle occasionne au bout de quelques heures de vives douleurs et amène une mortification de la peau. La pointe, traversant la peau, n'agit que sur l'os; elle n'amène pas de mortification, ne produit que peu de douleurs et n'expose pas aux accidents inflammatoires qu'on pourrait craindre *a priori*. Je n'ai, je le répète, jamais eu d'accidents, bien que tous mes cas aient été observés à l'hôpital, ni érysipèles ni phlegmons.

Relativement aux fractures obliques du tibia, je n'ai rien de spécial à exposer. Je ne ferai que répéter ce qu'a dit autrefois Malgaigne; mais je désire ajouter quelques mots sur l'application de la pointe métallique dans certaines pseudarthroses et sur une région où elle n'a pas, que je sache, été tentée jusqu'ici, sur le corps du fémur lui-même.

J'avais affaire récemment à une fracture de la partie moyenne du fémur qui, après trois mois de traitement, ne présentait pas de traces de consolidation. Les deux fragments étaient complètement mobiles l'un sur l'autre et ne pouvaient être rapprochés que par une forte

pression sur le fragment supérieur, qui faisait une saillie en dehors. On aurait pu croire même que ce fragment avait perforé le vaste externe pour faire saillie à travers ce muscle, sous la peau; mais un examen attentif me fit admettre que le muscle avait été seulement dilacéré et étalé sur l'extrémité saillante du fragment. J'appliquai d'abord un très-solide bandage amidonné, avec deux couches de fort carton, puis une fenêtre ayant été pratiquée au niveau de la fracture, j'enfonçai la pointe contre l'os; en pressant contre le fragment supérieur, je fixai solidement ce fragment contre l'inférieur.

La pointe resta un mois en place; il n'y eut pas d'inflammation appréciable; et au bout d'un mois, quand j'enlevai l'appareil, j'eus la satisfaction de voir que les fragments étaient unis l'un à l'autre. Je n'ai pas encore enlevé le bandage amidonné, afin de laisser se compléter la consolidation; mais tout me fait espérer un succès définitif.

Une indication analogue se trouvera dans d'autres pseudarthroses. Les bandages inamovibles seuls immobilisent le membre, mais ne rapprochent pas les fragments. Or, la pointe métallique presse les fragments l'un contre l'autre et les immobilise parfaitement; elle augmente en outre, par sa présence, l'irritation formative dans les tissus du col. Elle me paraît, en un mot, pouvoir être appliquée au moins comme première tentative, dans les cas où la consolidation est retardée, et où une véritable pseudarthrose menace de s'établir.

M. LEFORT. Je viens confirmer ce qu'a dit M. Ollier relativement à l'innocuité des pointes métalliques. J'ai vu Malgaigne employer cette ressource précieuse et je dois dire que la suppuration provoquée par la pointe est une chose exceptionnelle. Quelle que soit l'acuité de la pointe, elle ne pénètre pas dans le tissu osseux, et son action se réduit à appuyer sur le fragment mobile. Malgaigne avait perfectionné son appareil de manière à permettre l'application de la pointe dans toutes les directions nécessaires.

M. CHASSAIGNAC. La communication de M. Ollier démontre que la pointe métallique est une ressource qui peut être utilisée en chirurgie. Lorsque Malgaigne imagina la pointe, les chirurgiens n'accueillirent point sans réserve ce procédé de contention des fractures, cependant c'était en vertu d'une prévention

doctrinale que nous repoussions l'usage de la pointe ; en effet, si pour réduire un déplacement on veut lutter directement avec le fragment, la pointe a sa raison d'être, mais je crois que c'est indirectement et par la position qu'on obtient la réduction graduelle des déplacements les plus compliqués.

Je ne dirai rien des résultats que m'a fournis personnellement la résection tibio-tarsienne, je rappellerai seulement que les faits consignés dans l'ouvrage d'A. Cooper étaient bien de nature à encourager les chirurgiens.

Quant à l'isolement du périoste conseillé par M. Ollier, j'ai peine à croire que cette tentative soit facile à exécuter au niveau des extrémités articulaires. C'est avec plaisir que j'ai entendu la condamnation de l'usage des gouttières ; ce moyen autrefois si bon doit disparaître devant les avantages incontestables offerts par les appareils inamovibles.

M. PERRIN. J'ai entendu avec satisfaction la relation des deux succès obtenus par M. Ollier ; c'est un problème très-difficile que celui de la conservation des membres dans les cas de fractures comminutives de la jambe. Les insuccès semblent être la règle lorsque l'on tend à conserver le membre.

Nous sommes tous du même avis sur l'excellence des appareils inamovibles. Cependant il y a encore une question d'opportunité, et les gouttières sont encore préférables lorsqu'il s'agit de transporter les blessés au loin.

J'appuie ce qu'a dit M. Chassaignac sur la difficulté d'isoler le périoste ; du reste, l'importance de la conservation du périoste est un point qui doit être réservé.

M. LARREY. La pratique des chirurgiens militaires peut servir à élucider la question de l'utilité des bandages inamovibles à la suite des résections. Mon père avait adopté cette pratique ; les anciens chirurgiens prussiens, de Graefe le père, Dieffenbach ont conseillé les bandages plâtrés dans les résections de la partie intérieure de la jambe ; enfin je rappellerai que M. Jules Périer a préconisé ce qu'il appelle la gouttière plâtrée.

M. BROCA. J'ai l'intention de présenter ici une malade à laquelle j'ai pratiqué avec succès une résection tibio-tarsienne.

M. OLLIER, répondant aux diverses objections qui lui ont été

présentées, pense que les modifications qu'il a fait subir à la pointe de Malgaigne sont utiles et que, contrairement à l'opinion de M. Chassaignac, il est des déplacements que la position ne suffit point à réduire. Si j'avais voulu traiter la question historique des résections tibio-tarsiennes, j'aurais eu à citer bien des noms. Cette opération est abandonnée dans la plupart des hôpitaux de Paris, mon intention est de la réhabiliter et d'indiquer les moyens de la faire réussir. Ces moyens sont l'application immédiate du bandage inamovible, la conservation du périoste, circonstances qui diminuent l'innocuité de l'opération en même temps qu'elles facilitent la formation d'un tissu fibreux très-fort permettant la mobilité du pied sur la jambe. L'isolement du périoste est une chose simple; au lieu d'avoir un membre inutile, on conserve, en agissant ainsi, un membre qui peut rendre des services.

A cinq heures la Société se forme en comité secret.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le Secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 8 JANVIER 1868

Présidence de M. LEGUEST

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance du 8 janvier comprend : *Gazette des Hôpitaux*, — *Union médicale*, — *Gazette hebdomadaire*, — *Archives générales de Médecine*, — *Montpellier médical*, — *Gazette médicale de Strasbourg*, — *Sud médical de Marseille*, — *Bulletin médical de l'Aisne*.

— *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, par M. le docteur Wecker.

— *Des causes de mortalité dans les armées anglaise et française en Orient*, par le docteur Alezais.

— *Eléments d'ostéologie descriptive et comparée de l'homme et des animaux domestiques*, avec un atlas, par le docteur Thomas, de Tours.

M. VERNEUIL présente deux thèses soutenues par MM. Folet et Merlateau, ses élèves ; il en donne une analyse succincte.

La thèse de M. Folet est une dissertation complète *sur la résection de l'articulation du poignet*. Soixante-dix cas, la plupart venus de l'étranger, ont servi à écrire cette histoire. L'auteur énumère successivement les résections traumatiques et organiques, partielles ou totales, et compare cette opération à l'amputation de l'avant-bras, et montre qu'elle est infiniment moins grave ; en un mot, c'est une excellente monographie qui restera dans la science.

M. Folet a envoyé deux exemplaires de son travail pour le prix Duval.

La thèse de M. Merlateau est intitulée : *Des mouvements forcés en thérapeutique* ; le titre suivant conviendrait mieux : *Des attitudes forcées des membres, de leur action sur la circulation artérielle et des applications qui en résultent*.

On sait qu'il suffit de fléchir ou d'étendre fortement l'avant-bras pour supprimer le pouls radial, d'étendre fortement la cuisse ou de fléchir à angle aigu la jambe pour modifier également la circulation dans le membre inférieur ; enfin, on constate également l'arrêt du pouls radial dans certaines attitudes du bras, le moignon de l'épaule étant porté en bas et en arrière.

M. Merlateau a repris tous ces faits au point de vue anatomique et thérapeutique, et il a rappelé le parti qu'on en pourrait tirer dans l'hématose et la cure des anévrysmes.

Quoiqu'il ne soit pas parvenu à tout expliquer par l'anatomie, l'auteur a fait un travail intéressant que de nouvelles recherches compléteront, sans doute.

M. GUYON. L'arrêt de la circulation dans le membre supé-

rieur a été exclusivement cherché à l'aide des attitudes forcées qui abaissent le moignon de l'épaule et portent l'humérus dans la rotation en dedans. M. Verneuil vient de nous le rappeler en analysant les principales expériences consignées dans la thèse intéressante de son élève, M. Merlateau.

Le hasard m'a conduit à constater que la suspension de la circulation dans le membre supérieur pouvait être aussi sûrement obtenue par l'élévation forcée du bras combinée avec la rotation en dehors. Je ferai remarquer en passant que le mouvement d'élévation de l'humérus ne se complète qu'à l'aide de la rotation en dehors. Quoi qu'il en soit, en soulevant le coude fortement et en le conduisant au-dessus de l'horizontale, si l'on imprime un mouvement de rotation en dehors à l'humérus, on arrête la circulation dans le membre supérieur.

J'ai souvent répété cette expérience sur le vivant; sur le cadavre, j'ai cherché à reproduire l'arrêt de la circulation et à me rendre compte du mécanisme de l'arrêt. M. B. Anger a bien voulu me prêter son concours pour les expériences qui nous ont permis de constater la réalité de l'arrêt de la circulation, dont nous représentons le cours, en injectant, par l'aorte, de l'eau qui jaillissait par une ouverture pratiquée à l'humérale tant que l'attitude indiquée n'était pas atteinte.

La dissection de la région axillaire dans la position déterminée semble prouver que l'arrêt de la circulation est due à la tension de la boutonnière formée par les racines du médian.

Cette attitude, qui me paraît avoir l'avantage de découvrir largement toute la région vasculaire du bras, a, d'ailleurs, les inconvénients de toutes les attitudes forcées; elle est douloureuse et difficile à supporter. Après l'avoir expérimentée à plusieurs reprises sur moi-même, j'ai longtemps éprouvé des douleurs axillaires assez pénibles.

ÉLECTIONS :

La Société procède à l'élection de 6 correspondants nationaux. Sont élus : MM. Monteils, à Mende; Sarazin, à Strasbourg; Aubry, à Rennes; Mordret, au Mans; Patry, à Sainte-Maure; Kœberlé, à Strashbourg.

Election de 4 membres correspondants étrangers. Sont nommés : MM. Pemberton, à Birmingham ; Barbosa, à Lisbonne ; Wilms, à Berlin ; Mazzoni, à Rome.

Renouvellement du bureau de la Société de Chirurgie, pour l'année 1868 :

Election du président. M. Legouest est élu président à l'unanimité.

Election du vice-président. — Sur 25 votants, M. Verneuil obtient 14 voix, M. Desormeaux 6, M. Boinet 3, M. Guérin 1, M. Demarquay 1.

M. Verneuil est nommé vice-président.

Election du secrétaire général. — Sur 22 votants, M. Trélat obtient 14 voix, M. Perrin 8.

En conséquence, M. Trélat est nommé secrétaire général.

Election de 2 secrétaires annuels. — Sont élus MM. Labbé 16 voix et Lefort 13 voix.

La Société désigne par acclamation M. Liégeois pour remplir les fonctions de bibliothécaire archiviste, M. Houel pour remplir les fonctions de trésorier.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 18 JANVIER 1868

Présidence de M. LEGOUEST

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance imprimée comprend les journaux de la semaine : *Gazette des Hôpitaux*, *Union médicale*, *Gazette hebdomadaire*.

M. Larrey fait hommage d'un grand nombre de livres et de brochures, et de thèses de la Faculté.

— *Leçons du citoyen Boyer sur les maladies des os*, rédigées par A. Richerand, 1803.

— *Surgical observations with cases and operations*, by J. Mason Warren. Boston, 1867.

— *Histoire du développement de l'œil humain*, par le docteur Von Ammon, de Dresde.

Traduction française, par M. Van Biervliet. Bruxelles, 1860.

— *Réssection du genou*, par M. Sédillot. Strasbourg, 1867.

— *Tétanos traumatique suivi de guérison*, par le docteur Lanvaillle de Lachèse.

— *Polypes de l'oreille*, nouvelle méthode opératoire pour leur guérison, par le docteur Bonnafont.

— *Farcin chronique avec guérison probable*, par MM. Ad. Richard et E. Foucher.

— *Recherches sur le catarrhe de la vessie*, par le docteur Larbaud, 1812.

M. Larrey offre également la notice sur ses titres, services et travaux scientifiques.

M. le Président annonce à la Société la mort de M. Laborie.

Le Bureau et plusieurs membres assistaient à la cérémonie.

Sur l'invitation de M. le Président, le secrétaire général donne lecture du discours suivant :

Paroles prononcées sur la tombe de Laborie au nom de la Société de chirurgie.

Par M. VERNEUIL, Secrétaire général.

Lorsqu'une épidémie meurtrière ravage notre cité, nous redoutons à chaque heure d'apprendre qu'elle a frappé quelqu'un de nos amis. Nous sommes sur le qui-vive, et si le coup, bien que mortel, n'a pas été trop violemment porté, il nous reste au moins la consolation de revoir une dernière fois celui qui va nous quitter pour toujours.

En dehors de ces temps d'alarme, l'insouciance renaît, on ne craint plus le danger ou bien on l'oublie, et l'on ne fait plus le soir, avec angoisse, le dénombrement de ceux qui vous sont chers.

Emporté par le tourbillon de la vie active, on apprend que l'un

d'eux est souffrant, on pense à une affection légère, à un malaise sans gravité; on attend de nouvelles informations que, le plus souvent, le patient rétabli vous donne en personne; on passe donc à l'ordre du jour, ou du moins on remet à un autre moment le soin de quérir des nouvelles.

Mais, tout à coup, on rencontre quelqu'un au visage attristé, qui vous annonce l'irréparable dénouement.

Ainsi se sont passées les choses dans le triste épisode qui nous rassemble aujourd'hui.

Pendant le cours du mois dernier, Laborie avait été très-assidu à nos séances; il était, comme de coutume, alerte et vivace. Rien ne paraissait menacer ses jours.

Mercredi dernier, une lettre écrite par un disciple nous parvenait : Laborie s'excusait, empêché par une indisposition dont on ne nous signalait point le péril. Nous en fûmes si peu soucieux, que nous crûmes inutile de le visiter, comme c'est le devoir et l'usage au moindre indice inquiétant.

Cependant, insidieuse et rapide, l'œuvre de destruction suivait son cours et s'achevait. Une angine maligne provoquait un phlegmon gangreneux du cou; l'érysipèle si fréquent, si formidable depuis quelques mois, s'y ajoutait : avant-hier, notre collègue rendait le dernier soupir.

Nous avions à peine connu les débuts; nous ne fûmes point informés de la terminaison. Il y a quelques heures, par un hasard fortuit, nous apprîmes la funeste nouvelle, que confirmait un journal du soir.

Je courus chez notre président, aussi ignorant que moi-même. Tous deux nous restions stupéfaits. A ceux qui redoutent la mort, de semblables catastrophes inspirent une terreur indicible; mais ceux-là même qui la méprisent ne peuvent se soustraire à un profond sentiment de tristesse en la voyant frapper trahissement des organisations robustes et vaillantes, faites pour lui résister longtemps et la repousser si elle les attaquait en face.

On est pris de découragement en songeant qu'ainsi se termine en quelques jours, que dis-je ? en quelques heures, une vie entière d'honneur et de travail, heureuse par ses œuvres, et utile au bonheur des autres.

Pris à l'improviste, ayant eu devant moi à peine une nuit et ne pouvant recueillir les informations les plus indispensables, j'ai voulu cependant exprimer ici, ne fût-ce qu'en quelques mots, les regrets profonds et sincères qu'éprouve la Société de chirurgie à la perte d'un de ses membres les plus honorés et les plus aimés.

Ces détails, messieurs, serviront d'excuses à la brièveté, à l'imperfection, à la pâleur de mon allocution. Ce n'est point en quelques heures qu'on récapitule une vie bien remplie, qu'on résume des travaux nombreux et qu'on apprécie des mérites de nature diverse.

Vous n'entendez donc ici que des paroles de regret et d'adieu, prélude improvisé d'une apologie future qui célébrera dignement le collègue et l'ami, l'homme et le savant.

Laborie est mort. à peine Agé de cinquante-cinq ans.

Il avait brillamment débuté dans la carrière et comptait parmi les internes les plus distingués de son temps.

Il avait un penchant prononcé pour la chirurgie et, de bonne heure, élève favori de Jobert, il prêtait à son chef l'aide d'une plume élégante et correcte.

Un mémoire remarqué sur les *Amputations partielles du pied*, un autre sur les *Plaies intestinales et l'entérorrhaphie* furent ses premiers essais : ils promettaient beaucoup et révélaient des aptitudes littéraires et scientifiques de bon aloi.

Cependant, il sembla changer de voie. Devenu chef de la clinique d'accouchements de la Faculté, il étudia avec ardeur et succès l'art obstétrical. Il y excella bientôt comme praticien et comme auteur.

En même temps, il aborda les luttes ardues des concours ; l'arène, à cette époque, était fort encombrée ; les compétiteurs étaient nombreux et fort éminents pour la plupart ; aussi la porte, quoique bravement heurtée, ne s'ouvrit pas à tous ceux qui, quelques années plus tôt ou plus tard, l'eussent aisément franchie.

Laborie n'y passa pas, sans nul doute faute de persévérance, car rien ne lui manquait de ce qui peut procurer le succès. Il s'en consola difficilement.

En 1852, il lut à la Société de chirurgie, sur le *Traitement actif de la grossesse extra-utérine*, un travail important qui le fit entrer d'emblée dans nos rangs.

Cette admission était particulièrement honorable. En effet, d'après un principe qu'il n'y a pas lieu de discuter ni de justifier en ce moment, la Société se recrute presque exclusivement parmi les praticiens placés à la tête d'un service hospitalier. Sans repousser systématiquement les praticiens libres et les spécialistes, elle les sacrifie d'ordinaire, son personnel étant limité, à ceux qui cultivent et pratiquent la chirurgie générale. Compter parmi vous est donc une distinction rare et flatteuse pour ceux qui n'ont pas de titre officiel et qui n'apportent comme dot scientifique que leur travail et leur bonne volonté.

Nul plus que Laborie, je m'empresse de le dire, ne légittima l'exception.

Pendant les premières années et même jusqu'à ces temps derniers, il a fourni à nos bulletins et à nos mémoires plusieurs travaux originaux et surtout une foule de rapports remarquables, par le fond et la forme, sur les points les plus délicats de l'obstétrique.

Vous me dispenserez d'en faire l'énumération ; mais vous vous rappellerez, comme moi, avec quelle attention et quelle faveur méritée nous écoutions ses jugements sagaces et réfléchis.

Toutefois, si la pratique journalière de la ville, l'expérience privée, la lecture, la méditation, fournissent matière à de fortes études et à de sérieuses productions, elles remplacent mal, il en faut convenir, le vaste théâtre d'un service d'hôpital, avec sa variété, son imprévu, son inépuisable mine de cas rares et de faits vulgaires.

Laborie avait toujours désiré une scène de ce genre.

Cette satisfaction lui fut accordée : il y a dix ans, il fut nommé médecin et chirurgien tout à la fois de l'Asile des convalescents de Vincennes. Aussitôt ses goûts et ses aptitudes pour la grande chirurgie se réveillèrent ou du moins se manifestent de nouveau. Il prend, pour employer une locution usitée dans les arts, sa dernière manière.

Vous le savez, la composition des services de Vincennes est tout à fait spéciale ; point de maladies aiguës, sauf celles qui naissent par hasard dans l'asile ; point de maladies chroniques à longue échéance, sauf le cas où une recrudescence rend impossible la réintégration du patient dans les grands hôpitaux.

La population se compose essentiellement de sujets échappés aux péripéties des affections internes et des traumatismes accidentels ou chirurgicaux. L'amputé y achève sa cicatrisation à côté du pleurétique qui y résorbe les derniers grammes de son épanchement.

Là, en un mot, et sur une vaste échelle, on peut observer et étudier l'épilogue des maladies viscérales, des blessures et des actes opératoires.

Notre illustre Malgaigne l'avait hautement proclamé. Après avoir prudemment posé les indications et habilement employé la main, le fer et le feu, après avoir mis, à force de soins, le blessé hors de danger, le chirurgien doit encore le suivre longtemps au delà de la guérison anatomique et jusqu'à la guérison fonctionnelle qui exige bien souvent des mois, sinon des années.

Ce complément si nécessaire, nous sommes mal placés pour le donner dans nos services encombrés et avec notre population mobile et flottante.

Laborie, imbu de l'importance de cette enquête ultérieure, s'empresse de profiter des matériaux immenses mis à sa disposition. Il prit des observations nombreuses qui, je l'espère, ne seront pas perdues, et de temps à autre nous donna, sur le sort de nos opérés ou de nos blessés, des renseignements d'un intérêt sans égal.

Je n'aurai qu'à citer ses statistiques sur *l'amputation de la jambe aux divers lieux d'élection*, puis les documents sur son étude favorite : *les Amputations partielles du pied*.

Il associait, à ce labeur si vaste, ses élèves internes et leur faisait publier sur les fractures, sur les amputations ou sur d'autres sujets, des thèses précieuses qui resteront dans la science.

Puisse le successeur de Laborie, animé du même désir de servir notre art, suivre cette voie féconde et continuer une œuvre éminemment française. Quel blâme ne mériterait-il pas s'il laissait en friche un aussi fertile terrain ?

Depuis longtemps chevalier de la Légion d'honneur, Laborie fut, dans ces dernières années, promu au grade d'officier. Nous fûmes tous heureux de cet avancement.

En 1861, notre collègue fut nommé président de la Société de chirurgie. Nous connaissons depuis longues années ses aimables qualités ; nous aimions son regard si franc, sa physionomie ouverte, son sourire affable, ses manières exquises, sa parole claire, ses allures loyales et tous les indices extérieurs d'une nature bonne et honnête. Jamais tous ces dons ne furent mieux utilisés que pendant l'année où il dirigea nos travaux.

Que sa famille et ses amis sachent bien que nous n'avons rien oublié et que, jusqu'à l'heure où ils s'éteindront à leur tour, les contemporains de notre cher ami conserveront de lui le plus vivace et le plus affectueux souvenir.

La séance est levée à quatre heures.

Le Secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 22 JANVIER 1868

Présidence de M. LEGUEST

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine,

— Une lettre de M. Charrière, ancien fabricant d'instruments de chirurgie, qui réclame, en envoyant à l'appui une notice imprimée et une boîte d'instruments, la priorité de la *pince serrette à pédale* qui a été présentée à la Société par M. Notta, membre correspondant, dans la séance du 44 décembre 1867, et attribuée par lui à M. Mathieu.

— M. Larrey offre à la Société une collection de thèses sur divers sujets de chirurgie.

M. Prestat assiste à la séance.

COMMUNICATION.

Anévrysme poplité. — Compression digitale. — Gangrène partielle de la poche. — Sortie des caillots. — Guérison.

M. HUEL communique l'observation suivante recueillie par M. Pilate, interne des hôpitaux.

X..., Italien, âgé de quarante ans, exerçant la profession de boucher en Sicile, a toujours joui d'une bonne santé. Seize mois environ avant son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire vers le mois de juillet 1866, il s'aperçut qu'il portait dans le creux poplité, du côté gauche, une petite grosseur qu'il estimait alors avoir le volume de l'extrémité du petit doigt, et qui était le siège de battements. Il n'attribue l'apparition de cette tumeur à aucune cause qui lui soit connue. Cependant il dit que, depuis déjà quelque temps, il se fatiguait plus qu'à l'ordi-

naire, allant beaucoup à cheval ou faisant à pied des courses de trois ou quatre heures.

La tumeur resta ainsi pendant un mois, et au bout de ce temps elle prit rapidement, comme par une poussée, le volume d'un œuf de poule. Mais le malade ne s'en sentait que fort peu incommodé, continuant ses occupations et ses courses, même à cheval, sans éprouver aucune douleur.

Dans une seconde poussée, au bout de onze mois, la tumeur devint grosse comme le poing. C'est alors que survinrent des douleurs intenses; les battements étaient plus forts; le malade fut obligé de cesser son travail. Inquiété, il quitta son pays et parcourut plusieurs villes de l'Italie pour consulter différents médecins. Mais, pendant ces voyages, l'anévrysme augmentait de volume, les douleurs devenaient plus violentes, le malade commençait à maigrir, il avait souvent la fièvre. Sa jambe, qu'il traînait d'abord péniblement, se fléchit, et il finit par ne plus pouvoir s'en servir. Enfin il arriva à Paris et fut admis à l'hôpital des Cliniques, dans le service de M. Houel, qui remplaçait à ce moment M. Nélaton.

Le jour de son entrée, 12 octobre 1867, on constate la présence d'une tumeur arrondie, plus grosse que la tête d'un nouveau-né, occupant la place du creux poplité sur le membre gauche. La circonférence qui embrasse en même temps le genou et la tumeur, c'est-à-dire passant par devant la rotule, et en bas par le point le plus culminant de la tumeur, mesure 68 centimètres. La jambe est fléchie à angle droit sur la cuisse. La peau qui recouvre la tumeur est un peu rouge et paraît enflammée. En appliquant la main, on sent que sa surface est unie et sphérique, d'une consistance assez résistante, ou plutôt offrant une certaine élasticité. On perçoit également sur tous les points des battements expansifs, isochrones avec le pouls, mais peu intenses. La tumeur est aussi le siège d'un bruit de souffle non douteux, mais relativement faible. En effet, ni les battements ni le souffle ne sont en rapport avec le volume énorme de l'anévrysme. La compression de l'artère fémorale fait cesser le souffle et les battements; en même temps on constate que la tumeur est un peu réductible.

On ne sent battre ni l'artère pédieuse sur le pied, ni la tibiale postérieure derrière la malléole interne. Les veines de la jambe sont dilatées et s'anastomosent largement sur les côtés du genou avec les veines de la cuisse, également plus volumineuses. Le pied et la jambe sont œdématisés. Le malade ne peut mouvoir ni le pied sur la jambe, ni la jambe sur la cuisse; il fait tous les mouvements de la hanche.

La douleur est très-forte à l'endroit de la tumeur et se répand un

peu dans la jambe. Elle est contusive et n'a pas de rapport avec les battements. Le sommeil est presque nul à cause des souffrances. L'appétit a beaucoup diminué; le pouls est accéléré.

On ne constate dans le système circulatoire aucun signe qui puisse expliquer la production de l'anévrisme. Les artères accessibles à toucher semblent être saines.

Pendant les premiers jours, on se borne à combattre l'inflammation de la tumeur au moyen de cataplasmes. En effet, la rougeur de la peau et la douleur disparaissent à peu près complètement; l'appareil fébrile s'apaise; le malade dort et son appétit revient.

Le 20 octobre, dans le milieu de la journée, le malade ressent, tout d'un coup, une douleur très-vive dans la tumeur; il pousse des cris et s'agite dans son lit, tout en comprimant lui-même l'artère fémorale au haut de la cuisse, pensant se soulager. M. Houel, que l'on fait appeler, arrive aussitôt et constate que les battements ont augmenté ou du moins semblent plus superficiels, et que la tumeur est devenue un peu plus volumineuse que les jours précédents. Il pense qu'il s'est fait là une rupture et un épanchement nouveau. De la glace est appliquée sur la tumeur; le malade continue à comprimer l'artère. Le soir, on fait une injection sous-cutanée de 20 gouttes de chlorhydrate de morphine au 1/30°. La douleur diminue peu à peu, et le malade peut dormir la nuit.

Le lendemain, 21 octobre, M. Houel fait commencer à 10 heures du matin la compression digitale. Cette compression est pratiquée dans le triangle de Scarpa et aussi complète qu'il est possible; mais le renouvellement des aides, la fatigue des doigts laissent passer inévitablement du sang dans l'artère; d'ailleurs on ne cherche pas une compression absolue, et même de temps en temps on suspend une minute ou deux la compression pour observer les modifications qui se passent dans la tumeur. La compression ainsi faite est continuée de 10 heures du matin à 10 heures du soir. Pendant ce temps, la peau qui recouvre l'anévrisme devient lisse, humide, comme oedématisée, et laisse écouler un léger suintement à sa surface. Parfois aussi la température de la tumeur s'abaisse pour remonter, et ainsi plusieurs fois. Au bout de six heures, les battements ainsi que le souffle ont notablement diminué. Au bout des douze heures, ils ont disparu complètement; on cesse alors la compression, et le malade s'endort fatigué.

Le lendemain, 22 octobre, à la visite du matin, on retrouve du souffle et des battements, mais bien moindres qu'avant la compression. On applique l'appareil compresseur de M. Broca, qui, au moyen de pelotes multiples, permet de changer souvent le point de la com-

pression. On le laisse douze heures, mais sans obtenir aucun résultat.

Le 23, les battements sont un peu plus forts que la veille. Il s'est fait sur la partie la plus culminante de la tumeur, en bas, une phlyctène large de 3 centimètres de diamètre. Il s'écoule autour un léger suintement. On n'emploie ce jour-là aucun traitement.

Le 24, les battements et le souffle sont redevenus presque aussi forts qu'avant la compression. M. Vanzetti, de Padoue, vient voir le malade, et partageant en cela l'avis de M. Houel, insiste pour qu'on recommence la compression. Elle est faite de la même façon que la première fois. Les mêmes phénomènes se reproduisent, suintement séreux, refroidissements passagers de la tumeur. Au bout de deux heures, on obtient la cessation complète du souffle et des battements; néanmoins on continue à comprimer pendant quatre heures encore. Pendant ce temps une artère collatérale s'est dilatée à la partie interne du genou, où on la sent battre, sans qu'on ait constaté ce fait auparavant. La phlyctène a fait place à une exulcération de la peau qui laisse suinter un liquide roussâtre. On voit aussi un point rouge sur la face externe de la tumeur, à l'endroit où elle appuie le plus fort sur le lit, le malade reposant sa jambe sur le côté externe. La circonférence de la tumeur ne mesure plus que 67 centimètres.

Mais à neuf heures du soir, c'est-à-dire six heures après la cessation de la compression, on perçoit de nouveau des battements et du souffle très-faibles. La compression est encore reprise de dix heures à minuit, et les battements disparaissent ainsi que le souffle. Le malade a un peu de fièvre.

Le 25, les battements n'ont pas reparu. La partie ulcérée est devenue une escarre ronde, de 4 à 5 centimètres de diamètre. De plus, sur la face externe, à la place du point rouge est une plaque noire, longue de 2 centimètres sur 1 centimètre de largeur. On place sous la tumeur une vessie à moitié remplie d'eau; on fait aussi des applications d'eau blanche.

Le 26, même état.

Le 27, on perçoit quelques battements très-faibles, sans le moindre souffle. On recommence la compression. Au bout d'une heure, les battements ont disparu; on continue à comprimer encore pendant trois heures. La grande escarre s'entoure d'une auréole inflammatoire; l'escarre externe augmente un peu d'étendue; mais il ne se fait plus aucun suintement; on cesse les applications d'eau blanche. Plusieurs collatérales battent sur la face interne du genou.

Pendant les quatre jours suivants, il ne survient rien de nouveau; les deux escarres marchent vers l'élimination.

Le 1^{er} novembre, l'escarre inférieure, qui est la plus grande, est toujours entourée d'une auréole violacée; on sent autour d'elle que la tumeur se ramollit. L'état général est très-bon.

Le 4, l'escarre externe, la plus petite, est tombée. Elle avait compris toute l'épaisseur de la peau et du sac anévrysmal; on voit, au fond de la perte de substance, une masse rougeâtre noire qui paraît être des caillots. La tumeur semble se ramollir dans son entier. L'œdème de la jambe et du genou diminue.

Les jours suivants, l'état général devient un peu moins bon : le pouls s'accélère, l'appétit diminue, l'inflammation qui entoure les parties mortifiées augmente. Il sort par la plaie externe un liquide sanieux roussâtre.

Le 10 novembre, sur la face externe, la peau qui se trouve en arrière de la plaie est très-enflammée, tendue, amincie, douloureuse, et le lendemain elle se perforé à quelque distance de la plaie. Puis cette perforation s'agrandit et laisse sortir des caillots cruoriques, ainsi qu'un liquide sanieux, semi-purulent, semi-sanguinolent. Cet endroit est très-douloureux; cependant l'état général s'améliore, l'appétit revient, la fièvre cesse. M. Jarjavay, qui vient de prendre le service, pense qu'il n'y a pas lieu d'intervenir activement, mais qu'il faut laisser aller les choses. Il fait disposer sous la jambe et la cuisse des coussins qui permettent à la tumeur de reposer très-doucement sur la vessie d'eau.

On fait aussi des applications d'eau froide.

Le 15, les deux plaies, en s'agrandissant, se sont réunies et forment ainsi une ouverture d'environ 6 centimètres de diamètre, qui laisse sortir une masse de caillots ayant le volume d'un gros œuf. L'escarre inférieure s'est séchée et reste en place.

Le 19, les caillots sortant au dehors forment comme un gros champignon du volume du poing. M. Jarjavay en retranche quelques fragments avec des ciseaux, sans opérer de traction. On observe alors que la partie seulement la plus superficielle de cette masse est formée par des caillots cruoriques, mais que tout le reste est constitué par des caillots actifs fibrineux, d'un blanc rougeâtre, disposés par couches concentriques. On fait, à chaque visite du matin et du soir, des irrigations d'eau tiède, pour laver les parties et combattre l'odeur putride des détritux qui sortent par la plaie.

Les jours suivants, on retranche encore quelques fragments de caillots.

Le 22, on coupe le reste des caillots qui font saillie au dehors. La tumeur est affaissée; la peau revient sur elle-même et se ride; le genou se dégorge; l'escarre inférieure se détache et la large ouverture

qui en résulte laisse voir des caillots fibrineux. L'état général est très-bon. On continue, matin et soir, les irrigations.

Les jours suivants, comme l'orifice externe n'est plus comblé par des caillots, il se rétrécit et présente des bourgeons charnus très-vivaces. Cependant on retire encore chaque jour, par cet orifice, des fragments de fibrine qui se détachent d'eux-mêmes de la cavité anévrysmale. Les caillots qui sortent par l'orifice inférieur sont également retranchés, et cet orifice se rétrécit. La tumeur a diminué de moitié; la mesure de la circonférence du genou n'est plus que de 56 centimètres. Les saillies naturelles de la région se dessinent. La jambe commence à pouvoir s'étendre sur la cuisse.

Le 30, un caillot volumineux se présente à l'orifice inférieur et est extrait. L'anévrysme est réduit à une sorte de cavité présentant deux ouvertures et contenant encore quelques débris fibrineux qui sont détachés peu à peu par les irrigations et sortent pendant les quatre premiers jours du mois de décembre.

A partir du 4 décembre, il ne sort plus aucun caillot. La poche, considérablement diminuée de capacité, admet seulement le doigt indicateur, dont l'extrémité peut, à peine, se mouvoir dans son intérieur. Les parois sont couvertes de bourgeons charnus. Les orifices se rétrécissent. La circonférence du genou mesure 52 centimètres. La jambe s'étend de plus en plus; l'œdème diminue. On continue les lavages.

Le 10 décembre, ce qui reste de la tumeur n'a plus que le volume d'un tout petit œuf, qui occupe le creux poplité. La cavité diminue de plus en plus et marche vers la cicatrisation; c'est à peine si l'on peut y introduire l'extrémité du petit doigt. La jambe peut se mettre presque entièrement dans l'extension. On fait une légère compression avec de la charpie et quelques tours de bande.

Le 25 décembre, on ne voit plus dans le creux poplité qu'une portion de peau ratatinée, ridée et plissée, qui remplace l'anévrysme. La cavité de la poche n'existe plus, et les orifices sont réduits à deux petits trajets fistuleux pouvant à peine admettre l'extrémité de la canule à irrigation. La circonférence du genou mesure 42 centimètres, tandis que celle de l'autre côté a 38 centimètres. La jambe et le pied sont encore un peu œdématiés. Le malade peut fléchir et allonger la jambe. On lui permet de se tenir assis sur un fauteuil; son état général est très-bon.

Enfin la cicatrice s'achève, et le malade sort de l'hôpital le 14 janvier 1868, pour retourner dans son pays. Il marche avec une canne et exécute tous les mouvements du genou. Mais il persiste une para-

lysie des muscles de la jambe, qui ne permet de mouvoir ni le pied, ni les orteils. De même aussi il y a une anesthésie cutanée dans toute la région animée par le sciatique poplitée interne. Sauf cet inconvénient, le malade va très-bien; sa santé est excellente; il part entièrement guéri de son anévrysme.

COMMUNICATION.

Luxation de l'Astragale avec fracture de cet os et rotation de la trochlée autour de son axe transversal. — Subluxation de l'Astragale sur le scaphoïde.

M. GUÉRIN. Quand on examine l'astragale dans ses rapports avec les os sur lesquels ses surfaces articulaires doivent se mouvoir, et les ligaments qui la fixent et s'opposent à son déplacement, on serait tenté de révoquer en doute la possibilité de la luxation de cet os. Mais des faits nombreux prouvent que sa luxation sur la mortaise péronéo-tibiale est assez fréquente, et déjà la science a enregistré un certain nombre d'observations de luxations de l'astragale sur le calcanéum.

Je ne dirai rien des cas dans lesquels l'astragale, restant uni au reste du pied, se luxé sur la jambe. C'est réellement la luxation du pied. Je tiens seulement à consigner dans nos bulletins une observation curieuse de luxation de l'astragale avec fracture au niveau du col de cet os, luxation de la trochlée sur l'apophyse postérieure du calcanéum et luxation incomplète, en haut de la tête de l'astragale sur le scaphoïde.

Le nommé F..., peintre en bâtiment, âgé de 27 ans, revenant le soir de son travail, se heurta contre des tuyaux placés sur la voie publique et, perdant l'équilibre, il tomba en arrière et sur le côté gauche. Dans cette chute, il fut retenu par le pied gauche, qui s'était enfoncé dans l'intérieur d'un des tuyaux, et, le poids de son corps entraînant la jambe en sens inverse, il y eut une grande violence exercée sur le bas de la jambe. Le malade ayant été porté dans une pharmacie, le pharmacien saisit le pied et, se faisant aider de deux hommes, il tira de toutes ses forces pour *rebouter* la luxation ou la fracture à laquelle il pouvait avoir affaire. Après cette opération, qui ne devait pas avoir été d'une grande utilité, le malade fut apporté dans mon service, à l'hôpital Saint-Louis, le 16 décembre 1867. Les internes l'ayant examiné avec soin, reconnurent une luxation de l'astragale. L'un d'eux crut qu'il s'agissait de l'espèce que l'on a appelée complète, dans laquelle l'os a perdu les rapports naturels qu'il a avec les

autres os du pied et avec la poulie astragaliennne. Un autre pensa que c'était simplement une luxation du pied sur la jambe.

Le malade ressentant une vive douleur, les internes crurent devoir, pour le calmer, procéder immédiatement à la réduction de la luxation.

Je regrette de ne pas pouvoir décrire l'état dans lequel était le pied lorsque le malade fut apporté à l'hôpital. Les élèves qui eurent occasion de l'observer disent qu'il y avait, en avant de la mortaise péronéo-tibiale, une saillie qu'ils crurent formée par l'astragale déplacé en avant. Aussi, dans leurs tentatives de réduction, ils pressèrent d'avant en arrière sur cette saillie, pendant que le pied était tiré en sens inverse.

À la suite de cette opération, pensant que tout avait été remis en place, ils mirent la jambe et le pied dans une gouttière et firent faire des applications de compresses trempées dans l'eau-de-vie camphrée.

Le lendemain, à la visite, ne trouvant que du gonflement, sans autre déformation que celle qui accompagne une violente entorse, je crus, comme les internes, que la réduction avait eu lieu, et j'espérai qu'aucun accident ne surviendrait.

Je fus bientôt détrompé, car, au bout de quelques jours, je constatai, au-dessous de la malléole interne, de la fluctuation dénotant un abcès qui s'ouvrit de lui-même par un pertuis que j'agrandis pour faciliter l'écoulement du pus. Malgré l'étendue de cette incision, il fallut, le surlendemain, en refaire une autre près de la malléole externe, et, ayant introduit une sonde vers l'articulation tibio-tarsienne, je reconnus que l'astragale n'était plus recouverte de ses ligaments et que plusieurs articulations avaient été ouvertes.

Pendant huit jours, on pansa avec des cataplasmes de farine de lin et l'on maintint le membre malade dans la gouttière, où il avait été placé.

Malgré l'immobilité, la suppuration augmentant chaque jour et le malade s'affaiblissant rapidement, je pratiquai, le 18 janvier, l'amputation de la jambe, au-dessus des malléoles. Je ne parlerai pas de cette opération, dont les suites semblent devoir être favorables. Je ne rapporte l'histoire de ce malade qu'à cause du déplacement inattendu que nous constatâmes dans le pied.

L'astragale, fracturé au niveau de son col, avait deux fragments : l'un antérieur, maintenu encore en place par le ligament interosseux, avait pourtant subi une grande violence dans son articulation astragalo-scaphoïdienne, qui était largement ouverte; bien que les ligaments dorsaux de cette articulation eussent été rompus, on ne voyait en ce point aucun indice d'inflammation, mais le plan supérieur de la tête

de l'astragale dépassait de près d'un centimètre la surface correspondante du scaphoïde.

Le fragment postérieur présentait un déplacement plus curieux, car il avait subi un mouvement de rotation sur son *axe transversal*, de telle sorte que la surface calcanéenne était devenue postérieure et verticale, se trouvant ainsi sur le même plan que la surface postérieure du tibia. Par suite de ce déplacement, la face supérieure de la trochlée était devenue antérieure, et c'était sur son bord postérieur que la mortaise péronéo-tibiale reposait.

Je ne crois pas qu'il y ait dans nos recueils une observation indiquant un pareil déplacement.

M. Dubrueil, dans une thèse fort intéressante, a bien rapporté trois faits de luxation de l'astragale avec fracture du col de cet os; mais, dans la première de ces observations, « l'os, en se luxant et en abandonnant à la fois la surface tibiale et la surface calcanienne, avait subi un mouvement de rotation autour de son *axe vertical*, de telle sorte que sa partie postérieure était devenue antérieure et réciproquement.

Ce mouvement avait été tel, que la surface malléolaire externe regardait en dedans et un peu en bas, tandis que l'interne regardait en dehors. »

Dans la seconde, qui, comme la précédente, a été empruntée à Foucher, le fragment postérieur de l'astragale avait été renversé en dedans, de manière que la poulie articulaire était devenue parallèle au bord interne du pied, en tournant sur son axe antéro-postérieur.

Dans la troisième, qui a été communiquée par M. Jarjavay, le fragment trochléen avait encore tourné sur son axe antéro-postérieur, mais en sens inverse du précédent, de telle sorte que la face supérieure regardait en dehors, la face inférieure en dedans et la surface malléolaire interne en haut.

Ces observations prouvaient que le déplacement peut se faire par rotation sur les axes vertical et antéro-postérieur. La pièce que j'ai l'honneur de communiquer à la Société prouve que la rotation peut s'effectuer sur l'axe transversal.

Sur la pièce que je présente, on voit, en outre, que la mortaise péronéo-tibiale et le fragment d'astragale avec lequel elle a conservé des rapports, ont été portés en arrière sur l'apophyse postérieure du calcanéum, immédiatement derrière la surface astragalienne de cet os; et malgré le déplacement, l'allongement de la portion prétiibiale du pied n'était pas appréciable à la vue, par suite du gonflement résultant de l'inflammation des parties molles.

Dans le déplacement que nous avons constaté après l'amputation, quelle part faut-il attribuer aux tentatives de réduction? Je serais assez disposé à croire que la portion antérieure de l'astragale a été un peu réduite par la pression exercée sur une saillie observée sur la coude-pied au moment de l'arrivée du malade à l'hôpital, et que la mortaise péronéo-tibiale a été reportée en arrière par suite de la traction en avant que l'on a opérée sur le pied.

En voyant dans ce fait : 1° une luxation de l'astragale sur la mortaise, 2° une subluxation de l'astragale sur le scaphoïde, 3° une luxation du pied sur la mortaise et le fragment postérieur de l'astragale, 4° une fracture comminutive du corps de l'astragale, on se demande avec étonnement, et sans pouvoir en donner une explication suffisante, comment tant de lésions et comment des lésions si graves ont pu se produire dans une chute faite sur le côté et en arrière, le pied étant simplement retenu dans l'orifice d'un tuyau où il s'était introduit sans violence.

Le mode de production de ces lésions me paraît de nature à augmenter l'intérêt que présente la luxation sur laquelle j'ai appelé l'attention de la Société.

DISCUSSION.

M. BROCA. J'ai pris connaissance de la plupart des observations qui sont relatives à la luxation de l'astragale, et je dois dire qu'il n'existe pas un seul fait analogue à celui dont M. Guérin vient d'entretenir la Société. Ordinairement la fracture porte sur le col de l'astragale et consécutivement la tête de l'os se luxe sur le scaphoïde, tandis que le fragment postérieur prend une situation variable.

Dans le cas de M. Guérin, la fracture porte sur le milieu de l'os; de plus, on peut affirmer que par suite d'une pression directe et verticale, la fracture et la luxation de l'os se sont effectuées simultanément.

Pour ce qui est de la luxation du scaphoïde par rapport à l'astragale, je dois déclarer que je n'admets point les luxations dites du scaphoïde, car toutes les autopsies ont démontré que les prétendues luxations du scaphoïde ne sont que des luxations sous-astragaliennes. Les notions d'anatomie sont contraires à l'idée d'un déplacement permanent du scaphoïde par rapport à

la tête de l'astragale. Dans l'observation de M. Guérin, il s'agit simplement d'une luxation de l'extrémité antérieure de l'astragale sur le scaphoïde. Sans nier absolument la possibilité des luxations du scaphoïde, il faut attendre des faits la démonstration de ce déplacement.

M. CHASSAIGNAC. Le fait que vient de rapporter M. Guérin est des plus intéressants. Toutes les fois qu'il s'agit d'une luxation de l'astragale, il faut faire une distinction capitale, suivant que la luxation s'accompagne ou non d'une fracture de l'os. Quand l'astragale est brisé, chacun des fragments peut se déplacer sans que la forme du pied soit pour cela modifiée d'une façon notable; on comprend donc les difficultés du diagnostic d'une pareille lésion; au contraire, lorsque l'os entier est déplacé, il y a une difformité considérable, l'os fait une saillie en dedans en même temps qu'on observe une déviation latérale du pied. Je dois signaler cependant une exception : dans un cas présenté ici par moi, la déviation du pied n'existait pas, et cela par suite de l'existence d'une fracture du cuboïde.

M. BROCA fait remarquer que dans le cas rapporté par M. Chassaignac, la fracture du cuboïde changeait toutes les conditions physiologiques du pied, ce qui rendait possible la luxation du scaphoïde.

M. CHASSAIGNAC. Je n'accepte pas l'interprétation de M. Broca. J'ai, du reste, caractérisé la lésion non point de luxation du scaphoïde, mais bien de luxation de l'avant-pied sur l'arrière-pied.

M. LEGOUËST. M. Broca avait bien raison de dire que les faits pouvaient donner tort aux inductions tirées des dispositions anatomiques. J'ai observé l'année dernière, à ma clinique, un fait incontestable de luxation du scaphoïde en haut par rapport à la tête de l'astragale. La luxation résultait d'une torsion considérable du pied; elle s'était produite chez un soldat dont le cheval s'était abattu, le pied restant dans l'étrier. Cette luxation incomplète est demeurée irréductible, quelles qu'aient été les manœuvres mises en usage, et lorsque tout gonflement a eu disparu, le déplacement est demeuré très-évident. On sentait au niveau du col de l'astragale une dépression notable, et immé-

diatement en avant, on constatait un relief formé par le scaphoïde; le doigt constatait même l'existence de la cupule formée par la face postérieure du scaphoïde. La voûte du pied était un peu abaissée, mais on ne sentait point la tête de l'astragale du côté de la face plantaire.

M. BROCA. Le fait de M. Legouest paraît assez probant; cependant, pour modifier mes convictions sur l'existence de la luxation du scaphoïde, il faudrait qu'on nous montrât une pièce pathologique. Bien des fois on a diagnostiqué la luxation du scaphoïde sur le vivant, et l'autopsie a fait voir qu'il s'agissait de tout autre chose. Je ne puis admettre que M. Legouest ait observé un cas d'énucléation ou de luxation du scaphoïde par rapport aux os qui s'articulent avec lui, notre collègue n'eût pas manqué de le dire.

M. LEGOUEST. Il y avait continuité parfaite à la face dorsale du pied, entre le scaphoïde et le premier métatarsien; il s'agissait bien certainement d'une luxation du scaphoïde et des os qu'il supporte, en haut par rapport à la tête de l'astragale.

M. GUÉRIN. Je reconnais que sur ma pièce la fracture de l'astragale porte un peu en arrière par rapport au col de cet os. Indépendamment de la variété de luxation dont vous pouvez constater l'existence en ce moment, j'insiste sur l'importance de la lésion eu égard à la simplicité de la chute; ordinairement, les luxations de l'astragale s'observent à la suite de violences considérables.

PRÉSENTATION DE PIÈCES PATHOLOGIQUES.

Résection tibio-tarsienne traumatique.

M. BROCA présente les pièces pathologiques provenant d'une résection tibio-tarsienne qu'il a pratiquée à l'hôpital Saint-Antoine.

Il ajoute les détails suivants : Une femme de 33 ans, très-lourde, chaussée de talons très-élevés, saute d'une voiture et se luxe par un mouvement de torsion le pied en dedans; les deux os de la jambe restés en dehors perforèrent la peau, le bas, la bottine et pénétrèrent dans le sol. Dès les premiers ins-

tants, on songea à l'amputation du bas de la jambe. La malade fut endormie, et au moyen d'une large incision, on put extraire l'astragale qui était complètement mobile grâce à une fracture qui intéressait la face inférieure de cet os. Cela fait, les deux os malléoles furent reséqués, sans toutefois conserver le périoste qui se trouvait déchiré en plusieurs points. Des accidents inflammatoires se manifestèrent consécutivement; néanmoins la malade guérit, et à sa sortie de l'hôpital, elle marchait sur une bottine munie de deux montants en acier. Le raccourcissement du membre paraissait notablement moindre que la hauteur des os reséqués.

Ostéite sous-périostée du Scapulum.

M. MARJOLIN. Plusieurs fois déjà, j'ai entretenu la Société de la fréquence et de la gravité des abcès sous-périostés ou des ostéo-myélites chez les jeunes sujets, et presque toujours j'ai eu à signaler en même temps l'erreur de diagnostic à laquelle cette maladie peut donner lieu, lorsque l'on n'a pas été à même de l'observer dès son début ou lorsque l'on manque de renseignements précis. Aussi, je n'aurais pas cru convenable de vous faire cette nouvelle communication si, par sa marche rapide, ses complications et son siège assez insolite, l'affection ne m'avait paru, cette fois, sortir un peu des faits du même genre.

Dans le cas actuel, il ne s'agit plus, comme nous l'avons observé si fréquemment, d'un de ces enfants exténués par la fatigue ou des travaux au-dessus de leurs forces; c'était une jeune fille de 13 ans et demi, grande, forte, parfaitement constituée, sans antécédents scrofuleux; réglée depuis six mois, placée comme apprentie fleuriste chez de bons patrons. Sa position, comme on le voit, n'était pas mauvaise.

Vers les derniers jours de décembre 1867, sans avoir été exposée soit à l'humidité soit au froid, sans avoir fait de chute, elle ressentit dans le côté droit du cou et dans plusieurs articulations des membres inférieurs des douleurs sourdes; bientôt elles semblèrent se fixer principalement à l'épaule droite; leur intensité augmenta, la fièvre survint, et la malade fut obligée de se mettre au lit.

Tels sont les seuls renseignements que nous avons pu obtenir de l'enfant lorsqu'elle entra, le 5 janvier, dans notre service, venant des salles de M. Barthez, où elle avait été admise la veille comme atteinte de rhumatisme articulaire.

Notre collègue, en voyant la tuméfaction de l'épaule et la fluctuation qui était déjà manifeste sur plusieurs points de la région scapulo-humérale, avait reconnu de suite qu'il ne s'agissait pas d'une affection rhumatismale, mais d'une collection purulente profonde. La malade avait eu déjà du frisson, le visage était très-animé, le pouls fréquent, le ventre très-météorisé.

La malade fut placée, le jour même, dans mon service, et, en examinant avec soin toute la région scapulo-humérale, je ne tardai pas à voir que la fluctuation était surtout manifeste au niveau de la fosse sous-épineuse. Immédiatement je fis une incision profonde, pénétrant jusqu'à l'os; il sortit une grande quantité de pus, et, ayant introduit un stylet, je pus vérifier le diagnostic que j'avais porté, d'un abcès sous-périoste de la face postérieure du scapulum. Le périoste était décollé dans une étendue assez considérable, et l'os se trouvait ainsi à nu. Cette première ouverture amena un peu de soulagement, mais, contre mon espoir, je ne vis pas le gonflement articulaire diminuer sensiblement.

Comme toutes les articulations étaient douloureuses et que la maladie datait déjà de douze jours, j'examinai avec soin tous les points sensibles, principalement aux membres inférieurs, craignant qu'il ne se fût formé d'autres collections purulentes; n'ayant rencontré de fluctuation nulle part, je me contentai de faire recouvrir les régions les plus douloureuses avec de la ouate imbibée de laudanum, et d'entourer le tout avec du taffetas gommé, ce mode de pansement étant beaucoup plus commode et tout aussi efficace que les cataplasmes. Je n'employai de cataplasmes que pour l'épaule.

Comme prescription outre l'extrait de quinquina, j'ajoutai, dans le julep, 2 grammes d'alcoolature d'aconit. Sur le ventre, on fit des frictions avec l'huile de camomille camphrée. La malade dut prendre ce qu'elle pourrait d'aliments.

Le lendemain et le surlendemain, il y avait fort peu d'amélioration dans l'état général; le pus s'écoulait bien par l'ouverture, mais une autre collection isolée s'était formée au niveau de la région sus-épineuse, et il fallut faire une nouvelle ouverture. Cette fois encore, le stylet arriva sur l'os, dénudé de son périoste.

Malgré cette double incision, l'articulation scapulo-humérale était toujours très-tuméfiée, excessivement douloureuse. On ne pouvait imprimer au bras le plus léger mouvement sans provoquer de suite des cris.

En voyant la fluctuation qui existait au devant de l'épaule, je n'hésitai pas à faire une troisième ouverture en avant. Comme les

deux premières fois, le pus s'écoula en abondance; je crus même, après un premier examen, l'articulation ouverte, mais je ne voulus pas pousser trop loin mes recherches.

Le 10 janvier, bien que l'état général fût encore des plus graves, il y avait comme une sorte de rémission. La malade, qui avait été très-agitée les nuits précédentes, avait un peu reposé; la peau était fraîche, le pouls moins fréquent, le visage moins coloré, la soif moins vive, la langue humide; le volume de l'épaule était presque normal et la douleur avait diminué. Cette amélioration relative était, je crois, le résultat d'une abondante évacuation alvine provoquée par un peu d'huile de ricin.

Mais si quelques symptômes généraux s'étaient amendés, il était survenu une nouvelle complication d'un pronostic très-grave : un engorgement de la région sous-maxillaire du côté gauche s'était produit, il y avait là une inflammation de la glande sous-maxillaire et de tout le tissu cellulaire environnant. Des onctions avec l'onguent napolitain et l'extrait de belladone furent faites sur cette région, et la prescription interne fut continuée. A dater de ce moment jusqu'à la mort, arrivée le 16, il survint de l'insomnie, du délire, des frissons très-marqués; de temps à autre, un peu de toux. Tout nous annonçait l'existence d'une infection purulente. Dans les derniers jours, il survint une hémorrhagie peu abondante par l'incision antérieure, et une escarre assez considérable au coude droit.

L'autopsie ne put être faite que partiellement : il nous fut seulement permis d'examiner la région scapulo-humérale, point de départ de tous ces désordres.

Presque tout le scapulum, dans les fosses sus et sous-épineuse, était dépouillé de son périoste. La partie inférieure cartilagineuse était détachée. L'articulation n'était pas ouverte, mais remplie de pus; la surface glénoïdienne était dépourvue de son cartilage. Quant à la tête de l'humérus, son cartilage était aminci, et en pratiquant une section suivant la longueur de l'os, il fut évident pour nous que déjà la portion spongieuse de la tête était malade jusqu'au cartilage épiphysaire. Il y avait déjà un commencement d'ostéo-myélite.

Très-probablement, si nous avions eu la permission de compléter l'autopsie, nous aurions trouvé d'autres altérations organiques consécutives à l'infection purulente.

M. CHASSAIGNAC. La communication de M. Marjolin est des plus intéressantes; on ne saurait en effet trop insister sur le

diagnostic et le traitement des phlegmons sous-périostés. Je profite de cette occasion pour affirmer de nouveau l'importance capitale du drainage chirurgical dans les cas d'abcès sous-périostés. J'ai obtenu par cette méthode, en y joignant les injections désinfectantes journalières, des guérisons parfois inespérées. M. Marjolin a bien raison d'insister sur les erreurs qui sont commises journellement; il serait désirable que le diagnostic fût porté de suite, car, suivant moi, le désordre initial se réduit à fort peu de choses. Mais si l'on temporise, la vie des malades se trouve en danger.

J'ai publié dans mes ouvrages un certain nombre de faits analogues à celui qui vous est apporté par M. Marjolin.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 29 JANVIER 1868

Présidence de M. LARREY

La séance est ouverte à trois heures et demie.

M. le secrétaire annuel lit le compte rendu des travaux de la Société pour 1867.

Compte rendu des travaux de la Société de chirurgie pour l'année 1867.

Messieurs,

En désignant votre secrétaire, vous lui confiez, tous les ans, le devoir de reproduire aussi exactement que possible les discussions qui remplissent vos séances. J'ai conscience, Messieurs, d'avoir mis tous mes soins à la rédaction de vos bulletins; j'espère avoir ainsi répondu à la confiance dont vous m'avez honoré.

M. le Secrétaire général va, dans un instant, retracer devant vous la vie de notre regretté Président. Il résulte, de cette circonstance, le devoir pour votre secrétaire annuel, de présenter ici un résumé des travaux accomplis par la Société de chirurgie pendant l'année 1867. Je vous prie, Messieurs, de m'accorder quelques instants de bienveillante attention.

Comme les années précédentes, les séances de notre Société ont toujours été très-bien fournies. Communications, présentations de malades, nouveaux instruments, rien n'a manqué à l'intérêt de nos réunions, et souvent l'ordre du jour s'est trouvé trop chargé.

Pendant les six premiers mois de l'année, l'activité de la Société de chirurgie s'est concentrée presque uniquement sur deux grandes discussions qui, toutes les deux, se rattachent à la thérapeutique. Je dois un instant m'arrêter pour examiner une dernière fois ensemble quels ont été les résultats de ces deux tournois académiques qui, certainement, ont su intéresser le monde savant.

La relation d'une opération heureuse faite par notre savant collègue, M. Broca, a été l'origine d'une discussion prolongée sur l'opération du trépan. Un bon nombre de nos collègues ont pris part à ce débat, et vous avez vu successivement se formuler des opinions contradictoires; les unes avaient pour base l'expérience clinique, les autres se fondaient sur la simple induction. Mais examinons un peu quel était le problème qu'on s'efforçait de vouloir résoudre.

Les accidents qui succèdent aux blessures de la tête sont très-variés; leur signification pathologique bien positive nous échappe le plus souvent. Quelle est la valeur pronostique de tel ou tel symptôme, quelle est l'indication thérapeutique; ce sont là des questions qui sont rarement résolues au lit du malade.

A la suite d'une contusion du crâne, un blessé présente des accidents graves et persistants. On supposait le malade perdu, lorsque, dans l'espace de quelques heures, survient une amélioration inattendue à laquelle succédera bientôt la guérison. D'autres fois, les accidents du début sont très-simples, et plusieurs semaines après la chute, le blessé succombe pendant une attaque convulsive.

Ces différentes erreurs dans le pronostic, ces surprises chirurgicales, comme on pourrait les appeler, reconnaissent le plus souvent pour cause l'imperfection du diagnostic; aussi voyons-nous toujours les maîtres demeurer dans une sage réserve toutes les fois qu'il s'agit d'une blessure du crâne.

Les incertitudes presque inévitables du diagnostic, l'impossibilité de préciser la lésion, autorisent souvent l'erreur; on peut dire que la thé-

thérapeutique des plaies de tête est une mission bien délicate à remplir. Tel guérit ses blessés, et il a recours à la médication la plus énergique; tel autre se contente d'un régime sévère, et il arrive exactement au même résultat.

Rien n'est obscur comme l'indication; rien surtout n'est difficile comme de mettre en harmonie et la thérapeutique employée et les résultats obtenus. Combien il est facile de se faire illusion, et cependant on n'hésite point à dire que tel médicament a guéri le malade, que c'est grâce à telle opération que le blessé a eu la vie sauve.

Ces diverses réflexions, qui sont suggérées par l'étude des plaies de tête en général, demeurent encore exactes lorsqu'il s'agit de résoudre la question bien autrement grave: de l'utilité du trépan dans les blessures du crâne.

Comme vous le savez, Messieurs, on a trépané préventivement, on a trépané en présence de symptômes définis; d'autres enfin ont réservé le trépan pour les cas *in extremis*.

Les résultats obtenus à diverses époques ont été constamment contradictoires, et les chirurgiens les plus autorisés n'ont pu s'entendre.

Cette divergence dans les opinions, on la retrouve à chaque instant et elle explique le retour en quelque sorte périodique, dans les sociétés savantes, d'une discussion sur le trépan.

Tant que les fonctions de l'encéphale et de ses divers départements ne seront pas mieux connues, tant que la méthode expérimentale n'aura pas fourni à l'étude des plaies de tête l'éclat des lumières qu'elle porte sur toutes les questions, jusque là, Messieurs, le problème que comporte l'opération du trépan sera scientifiquement insoluble. On citera de beaux succès, de nombreux revers seront enregistrés, sans qu'on puisse dire exactement quelle a été la part de l'intervention chirurgicale.

Notre collègue, M. Guérin, avait donc bien raison, ou du moins je partage son avis, lorsqu'il disait: « La Société de chirurgie n'était point en mesure de discuter l'opération du trépan; nous n'étions point préparés à juger en dernier ressort un problème posé depuis des siècles. »

Est-ce à dire pour cela, Messieurs, que la discussion provoquée par M. Broca ait été complètement stérile? Non. Notre collègue, et avec lui MM. Deguise et Perrin, ont bien fait voir qu'il fallait limiter la question et savoir restreindre l'étude à des cas déterminés. Cette manière d'envisager les choses ne pouvait être que très-utile à la pratique chirurgicale. Malgré les efforts des membres dont je viens de citer les noms, la discussion s'est bientôt généralisée; elle a perdu la précision

réclamée par ses promoteurs; mais en même temps se sont produits les résultats que peut fournir l'expérience des praticiens les plus compétents.

Notre Président, M. Legouest, a relaté de belles observations que renferment désormais vos bulletins; il nous a transmis l'impression que la pratique des camps lui a laissée en disant : « Il y a très-probablement indication de trépaner, toutes les fois qu'on doute s'il y a lieu de le faire. »

M. Perrin a su vous intéresser par le récit palpitant de quelques faits dont il a été le témoin. Nos deux collègues, un peu compagnons d'armes, demandent qu'on revienne au trépan, dût-on en abuser un peu.

Je dois mentionner, dans cette analyse rapide, un travail fort étendu que nous devons aux recherches patientes de M. Lefort. Notre collègue a fait passer sous vos yeux une statistique considérable dont la valeur a, du reste, été fort contestée par M. Giraudeau. Ce dernier a surtout insisté pour établir que si, d'une part, on pratique l'opération du trépan plus souvent en Angleterre qu'en France, d'autre part le dissentiment qui sépare les chirurgiens français n'en existe pas moins de l'autre côté du détroit.

Il vous a montré tel hôpital où l'on trépane les blessés, tel autre où l'on s'abstient presque complètement.

M. Lefort a su donner à sa communication un intérêt réel en réunissant par groupes les principaux symptômes qui succèdent aux blessures du crâne, et en essayant de faire correspondre à chacun de ces groupes des lésions probables et consécutivement des indications plus ou moins précises.

Il ne serait point difficile de citer des faits qui démontrent combien les conclusions formulées par M. Lefort sont loin d'être toujours en harmonie avec la pratique, mais il faut reconnaître que, faute des bases scientifiques dont je parlais il n'y a qu'un instant, la solution du problème ne pouvait être plus précisée. La statistique utilisée dans la question du trépan ne pouvait fournir, ici comme ailleurs, que des résultats problématiques; c'est un point de vue sous lequel on peut envisager toutes les questions médicales, mais c'est un procédé qui absolument ne peut fournir aucun résultat définitif.

En présence d'un blessé offrant la série des symptômes qui succèdent ordinairement aux lésions graves de la tête, on éprouve forcément et toujours un grand embarras, et je comprends que M. Giraudeau ait pu dire que l'indication du trépan, faute d'une base certaine, était encore aujourd'hui subordonnée au tempérament du chirurgien. Oui,

l'incertitude de la lésion et surtout de son étendue ne permet pas d'affirmer l'indication, et c'est l'expérience, l'habitude spéciale qui autorisent tel ou tel à donner un bon conseil dans un cas déterminé.

Ce que la longue expérience peut apprendre, ce que l'étude attentive d'un grand nombre de blessures du crâne peut fournir de résultats, toutes ces choses, nous les devons à la libéralité scientifique de l'un de nos collègues. M. Larrey a réuni, pour les analyser ici, non-seulement les nombreuses observations qui lui sont personnelles, mais encore il a formulé les enseignements qui ressortent de la pratique de son illustre père.

Or, Messieurs, que résulte-t-il de cet énorme travail, qui certes fera l'un des plus beaux ornements de nos publications? Que ressort-il de l'expérience successive des Larrey? Une double formule que je vous demande la permission de transcrire ici : « Que l'opération du trépan, si salutaire, si indispensable quelquefois, n'est pas toujours sans gravité par elle-même et doit être réservée à des cas bien définis et non entreprise au hasard ou de parti pris, dans des cas douteux ou désespérés, sous peine d'aggraver le plus souvent les complications et de hâter une terminaison funeste; que c'est, au contraire, l'application active et trop de fois négligée des autres ressources de l'art qui peut, dans la plupart des circonstances, seconder les merveilleux efforts de la nature pour la guérison des blessures les plus graves de la tête. »

Voici, Messieurs, la solution, la seule que pouvait fournir l'expérience; mais, répétons-le, la solution véritablement scientifique reste encore à trouver.

Ici se présente l'occasion, et je la saisis avec empressement, de rendre hommage au zèle scientifique d'un correspondant de la Société. M. Pétrequin a su charmer l'une de nos séances par la lecture d'un travail important ayant pour titre : *Recherches historiques sur l'opération du trépan au temps d'Hippocrate*.

L'observation clinique a démontré qu'il existe dans l'organisme vivant une force médicatrice spontanée qu'il faut le plus souvent respecter au bénéfice des malades. Mais, tout en reconnaissant qu'il pouvait être funeste de troubler, par des médications empiriques, les tendances de la nature lorsqu'elles sont heureuses, on a dû se demander s'il ne pouvait pas être possible et utile de troubler ces mêmes tendances et de les modifier lorsqu'elles sont mauvaises. Telle

fut l'origine de la doctrine de Paracelse, substituée à l'expectation hippocratique (1).

A toutes les époques, la médecine empirique a eu de nombreux partisans, car c'est une tendance naturelle de l'esprit de placer, à côté de chaque maladie, le remède spécifique. Cependant il serait désirable que la thérapeutique eût désormais des allures plus scientifiques.

Déjà bien des tentatives ont été faites, et dans ces dernières années, nous avons vu surgir une école véritablement nouvelle. Les effets physiologiques provoqués par les médicaments sont proclamés comme l'une des bases importantes de la thérapeutique.

Sans rien repousser absolument et en tenant grand compte des résultats fournis par la clinique, il serait à la fois intéressant et utile de reprendre, à nouveau, l'étude des médicaments en insistant sur l'examen des remèdes dont la valeur a été rendue presque incontestable par l'expérience de plusieurs siècles.

Tel était, Messieurs, mon sentiment lorsque, à l'occasion d'un rapport, j'ai posé incidemment la question de savoir si le mercure était indispensable oui ou non dans le traitement de la syphilis. J'apportais ici quelques faits bien observés de syphilis guéries sans mercure, et je demandais à mes collègues de m'éclairer de leur expérience. J'étais loin de m'attendre à ce que cette initiative de ma part dût provoquer une agitation, quelque petite qu'elle fût. Il ne s'agissait point d'une révolution et encore moins d'une émeute, comme on s'est plu à le répéter.

Je n'entreprendrai pas de reproduire ici les principaux termes de cette discussion; elle a été longue, et cependant on peut résumer le débat en disant que, pour la grande majorité de la Société de chirurgie, il est indispensable d'administrer du mercure aux individus qui sont atteints de la vérole.

On pourrait bien relever les dissidences notables qui se sont produites entre les partisans du mercure, sur le moment où l'on doit administrer le remède, sur la durée de la médication, et surtout sur la préparation qui doit être employée de préférence. Tout a été dit, soutenu, même cette proposition que le proto-iodure de mercure expose à « des insuccès fréquents, » ce qui laisserait supposer que, depuis une trentaine d'années, les syphilitiques ont été soumis, par la majorité des médecins, à une médication dont l'insuccès serait la règle.

Nous donnons du mercure à tous nos malades, et nous les guéris-

(1) Voyez Claude Bernard, *Médecine expérimentale*.

sons; le mercure est un agent précieux qu'il suffit de bien employer pour en obtenir de bons effets.

Telle pourrait être, en résumé, la réponse que la Société de chirurgie semble avoir donnée à cette question : le mercure est-il indispensable dans le traitement de la syphilis?

Il est toujours bien difficile de déterminer quelle est la part de la nature et celle des médicaments dans la guérison des maladies. L'illustre Gall a écrit, sur ce sujet, un livre intéressant dont la conclusion se réduit à reconnaître l'immense difficulté du problème.

Tous les jours on peut se faire les plus grandes illusions sur la nature d'un traitement; n'a-t-on pas démontré, par exemple, que le traitement de la pneumonie par la saignée, traitement que l'on croyait si efficace, n'est en réalité qu'une illusion thérapeutique?

Les actions médicamenteuses se ramènent à de simples modifications physiologiques dans la propriété des éléments histologiques de nos tissus. Démontrons que l'action du mercure neutralise les modifications qu'impose à ces mêmes éléments anatomiques le virus syphilitique, et nous aurons scientifiquement établi que le mercure est utile dans le traitement de la syphilis; jusque là, il serait peut-être plus sage de rester dans le doute. La médecine empirique a pu, en s'appuyant sur la statistique, c'est-à-dire sur la pratique générale, déclarer que le mercure guérissait la vérole; mais, comme l'a si bien dit Claude Bernard, la médecine basée sur la statistique n'est qu'une science conjecturale.

Pour me résumer, je dirai que, dans l'état actuel de nos connaissances, il est sage de continuer à donner du mercure aux syphilitiques; mais, tout en s'inclinant devant cette décision de la majorité, votre Secrétaire ne peut considérer cette sorte de *consensus* comme une solution définitive. Vouloir en rester là, ce serait s'opposer à ce que la médecine devienne une science; or, tous les jours, de nouveaux efforts démontrent que ce serait en vain qu'on mettrait obstacle à cette tendance moderne de la constitution d'une science médicale, substituée à l'art du praticien.

J'aborde maintenant, Messieurs, l'analyse des autres travaux qui ont occupé vos séances.

Si, comme il y a lieu de le craindre, les vacances de la Société de chirurgie nous ont privé de la visite de beaucoup de nos correspondants, et si, par conséquent, nous avons à regretter bien des communications intéressantes, nous devons, par contre, vous signaler une compensation bien réelle.

L'un de nos associés étrangers, le modèle assurément des corres-

pondants, M. le docteur Vanzetti, de Padoue, a su remplir trois de nos séances par des communications dans lesquelles l'intérêt scientifique le disputait à l'art du narrateur. Vous n'avez pas oublié, j'en suis certain, ces récits simples et pleins de finesse, cette verve toute nationale; vous êtes restés longtemps sous le charme de cette voix harmonieuse qui donne aux communications de M. Vanzetti un attrait si puissant. La diction de notre collègue peut certainement être considérée comme un art dont bien peu ont le secret.

Les communications de M. Vanzetti se rattachent à divers points de la pratique, mais c'est encore, et comme toujours, à la compression digitale que notre correspondant emprunte la plus belle part de son trophée chirurgical. Ce que l'étude et l'expérience peuvent tirer d'une méthode, on peut dire que M. Vanzetti l'a utilisé dans l'emploi de la compression digitale. Chaque fois que notre correspondant vient à Paris, ce sont de nouveaux succès qu'il faut enregistrer dans le traitement des anévrismes par la compression.

Cette fois encore, Messieurs, le docteur Vanzetti nous a donné les beaux spécimens de sa pratique personnelle et de celle de ses nombreux élèves. Ce n'est pas tout : l'ingénieur chirurgien de Padoue a pensé que le ralentissement ou la suppression du cours du sang dans l'artère principale d'un membre pouvait avoir des conséquences sur la vitalité des tissus et, par suite, être utilisé par la thérapeutique. C'est ainsi que notre collègue a appliqué, et avec succès, la compression digitale à la cure des phlegmons simples et diffus.

Il est rare que de beaux et constants résultats dans l'emploi d'une méthode thérapeutique n'entraînent pas forcément leur promoteur à la généralisation de la méthode; l'engouement survient et parfois même un certain degré d'exagération. La grande prudence de M. Vanzetti ne semble pas lui avoir permis d'éviter l'écueil que je signale : peut-être le professeur de Padoue a-t-il voulu étendre beaucoup trop loin les bienfaits de la compression digitale. Que la tentative soit innocente lorsqu'il s'agit de la cure de l'éléphantiasis, nous le confessons volontiers, mais lorsqu'on nous parle d'une maladie aussi grave que la pustule maligne, d'une affection dans laquelle l'expectation est une faute, nous n'hésitons pas à repousser la compression digitale alors, que nous sommes en possession d'un traitement aussi rationnel qu'il est sûr.

Certes, l'observation que vous a lue M. Vanzetti est digne du plus grand intérêt, mais elle est loin d'être concluante; le diagnostic laisse peut-être à désirer. Dans tous les cas, un seul fait ne peut déterminer les chirurgiens à abandonner la cautérisation pour expérimenter la compression digitale.

J'aurais voulu, Messieurs, alors que je passe en revue les questions qui se rattachent à la thérapeutique chirurgicale, j'aurais voulu, dis-je, pouvoir résumer devant vous les diverses opinions relatives à une question vraiment capitale. Le public scientifique était peut-être en droit d'attendre de vous la solution de l'important problème que comporte l'opération de l'ovariotomie.

Un certain nombre d'observations vous ont été adressées, presque toutes des succès. La commission nommée par vous a soumis à votre appréciation, par l'organe de son rapporteur, M. Boinet, un long et consciencieux travail. Tous les faits connus jusqu'ici dans notre pays ont été relevés, analysés et commentés.

La conclusion rigoureuse de ce travail est que l'ovariotomie donne en France une proportion de deux succès sur cinq opérations. Ce résultat serait de nature à encourager tout le monde; mais si l'on analysait plus exactement les conditions de succès et d'insuccès, on arriverait probablement à poser les indications de l'ovariotomie avec une plus grande précision, et peut-être la mortalité s'abaisserait-elle encore davantage. La question est toute nouvelle, et l'opinion des chirurgiens français n'est pas encore suffisamment faite.

Vous regretterez avec moi, Messieurs, j'en suis certain, que la discussion n'ait pas permis à toutes les opinions de se produire; il en fût résulté une vive lumière capable d'éclairer la question si obscure de la cure radicale des hydrosies enkystées de l'ovaire par l'extirpation des tumeurs.

Nous appelons de tous nos vœux cette discussion comme un moyen de trancher définitivement une question importante de la pratique.

Personne ne saurait blâmer les chirurgiens qui ont le courage de faire l'ovariotomie, mais il serait nécessaire qu'un tribunal aussi compétent que la Société de chirurgie eût prononcé son jugement. Il faudrait qu'il fût dit que l'ovariotomie, loin d'être une témérité chirurgicale, appartient désormais à la pratique, et que le devoir du chirurgien est d'exécuter cette opération toutes les fois que les indications sont bien nettement posées.

Les vices de conformation ont toujours eu le privilège d'attirer votre attention; chaque année, ces monstruosités font l'objet de quelques remarques importantes. A l'exemple de mes devanciers, j'ai également à vous signaler diverses particularités intéressantes.

La question du bec-de-lièvre est encore venue nous arrêter quelques instants. Rien de bien nouveau à vous mentionner; tel ou tel procédé a trouvé son défenseur, telle suture vous a été présentée comme supérieure à toutes les autres.

Notre collègue, M. Depaul, vous a démontré, par des exemples nouveaux, qu'on peut arriver à de fort beaux résultats en employant la combinaison si simple de l'avivement et de la suture entortillée. M. Depaul semble disposé à croire que les meilleurs résultats sont fournis par ce qu'il appellerait volontiers la vieille manière d'opérer le bec-de-lièvre.

La staphyloraphie nous a valu une communication très-importante de notre nouveau collègue, M. Liégeois. Dans un mémoire fort bien fait, l'auteur a su montrer l'influence que peuvent exercer, sur les résultats définitifs de l'opération, divers exercices vocaux dont la direction a pour base des notions exactes de physiologie. Cependant et malgré les nombreux perfectionnements qui sont venus compléter la restauration palatine, il demeure évident que certains opérés ne récupèrent point le complet exercice du voile palatin, et que la fonction vocale reste absolument imparfaite, quoique l'opération ait par elle-même entièrement réussi.

Quelles sont les diverses conditions à la faveur desquelles l'opération de staphyloraphie la mieux exécutée donne tantôt un succès complet, tantôt une simple amélioration, tantôt même un résultat nul? C'est ce que notre collègue, M. Trélat, a su parfaitement indiquer dans un rapport qui peut être considéré comme un des mémoires les plus intéressants dans la collection de 1867. Cette étude fort bien faite, remplie de vues très-ingénieuses, jette un jour tout nouveau sur les conditions qui peuvent assurer les résultats de la staphyloraphie; aussi, sur la proposition de notre regretté maître M. Velpeau, la Société a-t-elle décidé que le travail de M. Liégeois, ainsi que le rapport de M. Trélat, seraient imprimés dans les mémoires de la Société de chirurgie.

C'est ici le lieu de rappeler un malade que vous a présenté M. Trélat. Cet individu offrait les traces évidentes d'une division palatine réunie par un tissu cicatriciel. Cependant cet homme n'avait jamais subi la moindre opération et, si l'on accepte son dire, vous auriez pu constater l'exemple, peut-être unique, d'une staphyloraphie exécutée par les seuls efforts de la nature, soit pendant la vie intra-utérine, peut-être même dans les années qui suivirent la naissance.

De nouveaux faits étudiés avec soin permettront très-probablement d'établir que, de même que certains individus présentent les traces d'un bec-de-lièvre cicatrisé avant la naissance, de même aussi on peut observer sur le voile du palais les traces d'un arrêt de développement pour la restauration duquel la nature semble avoir fait tous les frais. Dans tous les cas, il resterait à démontrer que la ligne colorée

qui réunit les deux moitiés de la lèvre ou les deux moitiés du voile du palais est bien une cicatrice réelle. Il semble plus probable qu'il s'agit là d'un degré moins avancé dans l'arrêt de développement plutôt que d'une cicatrice consécutive à la formation de la fissure.

Certains fœtus viennent au monde en quelque sorte assis sur une énorme tumeur, se fixant au périnée dans la région qui avoisine la pointe du sacrum et la fin de l'intestin. Indépendamment des causes de dystocies qu'elles entraînent souvent, ces monstruosité sont fort intéressantes sous le rapport de leur composition anatomique et eu égard à leur origine probable. M. Depaul vous a montré un bel exemple de ces tumeurs périnéales, et l'observation bien complète rédigée par le docteur Bailly figure dans vos bulletins.

M. Depaul a saisi cette occasion pour entretenir la Société de plusieurs faits analogues qu'il a pu étudier à diverses époques. Il résulte de l'expérience personnelle de notre collègue, que les tumeurs périnéales dont je parle en ce moment sont parfois composées par des éléments embryo-plastiques, tandis que d'autres fois elles renferment des médulocytes, c'est-à-dire des éléments qui proviennent de la moelle épinière ou des cordons qui émanent de ce centre.

Parmi ces tumeurs périnéales que l'on observe au moment de la naissance, certaines d'entre elles ne seraient-elles pas constituées par des spina-bifida plus ou moins transformés? En un mot existe-t-il un spina-bifida que l'on pourrait appeler inférieur ou périnéal? Telle a été la question soulevée incidemment.

Plusieurs faits ont été cités à l'appui de cette opinion, mais la solution fût restée indécise si l'un de nos confrères distingués de la province, M. Kuhn, ne nous eût adressé un travail fort intéressant et capable d'entraîner la conviction. Il résulte, de la communication faite par M. Kuhn, que si certaines tumeurs périnéales sont bien absolument indépendantes du rachis et des organes contenus, il est d'autres productions qui ont des rapports positifs de continuité avec la moelle épinière et ses enveloppes.

En résumé on peut admettre dans la région du périnée, sous le nom de spina-bifida périnéal, une tumeur qui, sortant par l'échancrure inférieure du sacrum, est formée par les éléments de la moelle ou de ses méninges.

En rattachant cette variété de tumeur à quelques-unes plus connues que l'on observe sur le trajet de la colonne rachidienne, et cela, sans que l'on puisse constater l'écartement des lames vertébrales, on arrive à cette conclusion que la définition classique du spina-bifida

serait peut-être avantageusement modifiée, si on la faisait dans le sens d'une généralisation plus grande capable de réunir en un seul groupe toutes les tumeurs dont la composition rappelle la moelle épinière, ses enveloppes et le liquide rachidien.

Au nombre des affections que l'on observe parfois chez l'enfant nouveau-né, on compte les lésions traumatiques qui peuvent assaillir le petit être lors de sa pérégrination au travers des organes maternels. Ainsi, par exemple, lorsque dans les applications de forceps le chirurgien néglige une précaution importante, lorsqu'il ne prend pas soin de limiter la profondeur à laquelle il introduit les branches de l'instrument, l'enfant se trouve exposé à la compression des nerfs qui émergent sur les côtés du cou. C'est ainsi que l'on peut observer une paralysie plus ou moins complète du membre supérieur.

Cet accident, sur lequel M. Danyau avait autrefois attiré l'attention des observateurs, a été constaté de nouveau par M. Guéniot.

Cette circonstance a été mise à profit par notre collègue M. Blot, qui a lu devant la Société un rapport à la fois simple et substantiel.

Quelle est exactement la gravité de cette paralysie consécutive à l'application du forceps? C'est ici que commencent certaines divergences. M. Blot se fondant sur deux faits dans lesquels la paralysie a persisté, recommande une grande réserve dans le pronostic; il vous a fait remarquer que M. Guéniot n'était point autorisé à dire que son petit malade était guéri, puisque l'enfant a été perdu de vue avant le rétablissement complet des mouvements.

M. Depaul a observé plusieurs fois la paralysie du bras, mais il la croit simple et curable; il assimile ce trouble fonctionnel à la paralysie faciale qui succède, elle aussi, à l'application du forceps. Notre collègue déclare que son expérience lui permet d'affirmer que toutes ces paralysies guérissent dans la grande majorité des cas.

Des observations bien prises et prolongées pendant longtemps sont donc encore nécessaires pour juger définitivement cette question intéressante. Il est bien probable que le pronostic des paralysies qui succèdent à l'application du forceps est peu grave, mais, dans l'état actuel de la science, on ne saurait désapprouver la réserve que M. Blot commande d'apporter en pareille circonstance.

Messieurs, l'année 1867 a vu finir une discussion qui demeure terminée jusqu'à ce que de nouveaux faits viennent encore mettre aux prises d'une part les partisans des résections sous-périostées, d'autre part ceux qui préconisent l'évidement des os.

L'Académie des sciences, sans vouloir se prononcer, a rendu justice

à deux chercheurs infatigables, tous deux nos collègues à la Société de chirurgie.

Chacun de nous a su apprécier à leur juste valeur les expériences si ingénieuses et si variées entreprises par M. Ollier. M. Sédillot lui-même reconnaissait dans une lettre qu'il nous a adressée que le livre de notre collègue de Lyon fait le plus grand honneur à la chirurgie française. Cependant, si l'on envisage la question à un point de vue purement clinique, on arrive à cette conclusion, celle de M. Larrey et de la plupart des membres de cette Société, que les expériences de M. Ollier manquent encore d'une confirmation clinique suffisante.

A l'occasion de l'influence que peut avoir le périoste dans la reproduction des os, on avait incidemment soulevé le problème de la résection du calcanéum. Cette opération si diversement appréciée semble devoir occuper une place définitive dans la pratique. M. Rigaud, notre correspondant de Strasbourg, nous a envoyé six observations très-importantes. Si à cela nous joignons un beau succès que l'on pouvait constater chez un malade présenté par M. Giralès, nous arriverons à conclure que l'extirpation du calcanéum est une bonne opération, toutes les fois que celle-ci est pratiquée chez de jeunes sujets et pour des affections chroniques de l'os, c'est-à-dire dans les cas où le premier résultat de la maladie a été l'isolement du périoste épaissi, par conséquent du périoste pathologique que nous savons si apte à la reproduction des os.

Une maladie du périoste fibro-muqueux qui tapisse la base du crâne, les polypes naso-pharyngiens ont été l'objet des préoccupations constantes de la Société. Vous avez tous présentes à la mémoire nos discussions sur la valeur des procédés, sur l'importance de tel ou tel agent destructeur.

Il semblait généralement admis qu'une opération préliminaire était absolument indispensable pour assurer la voie par laquelle on détruit successivement les racines du mal.

Les efforts des chirurgiens ont concouru à diminuer autant que possible la gravité de l'opération préliminaire, et c'est là un argument qu'on pourra toujours invoquer en faveur de la résection palatine, opération simple permettant d'attaquer facilement et successivement l'implantation de la tumeur.

Malgré tous ces progrès réels, la cure des polypes naso-pharyngiens n'en est pas moins restée une entreprise périlleuse remplie de difficultés.

L'expérience clinique a fait voir qu'aucune des méthodes proposées n'était absolument satisfaisante lorsqu'il s'agissait de cas particuliers,

et que c'était au chirurgien à faire un choix judicieux parmi les différentes ressources que l'art mettait à sa disposition. Telle tumeur à embranchements multiples, volumineuse, exigera la résection de l'os maxillaire supérieur; pour un bon nombre de ces polypes, il suffira d'une perte de substance peu étendue permettant les cautérisations destructives.

Quelle que soit l'importance des opérations préliminaires, il répugne d'avoir recours à ces mutilations lorsqu'il s'agit d'un polype dont l'implantation est peu considérable en même temps que la tumeur occupe une situation assez facilement accessible.

Vous vous rappelez la tentative heureuse de M. Guérin, qui rugine la base du crâne en pénétrant directement par la narine. Cette année, votre secrétaire doit fixer votre attention sur une communication de M. Hergott; lui aussi ne peut se résoudre à considérer les mutilations préliminaires comme le dernier mot de la chirurgie, et il pense que la conduite du chirurgien doit être subordonnée à la recherche exacte de l'implantation du polype. A tous les moyens mis en usage pour préciser le diagnostic, notre correspondant propose de joindre l'examen laryngoscopique.

L'observation qui vous a été adressée par M. Hergott mérite un sérieux examen. On y trouve la preuve : 1° qu'il ne suffit pas de lier le polype pour en obtenir la guérison; 2° qu'une rugine introduite par la narine permet de dénuder la surface qui correspond à l'apophyse basilaire. Malheureusement il manque à cette observation la preuve que M. Hergott ait réellement obtenu une cure définitive, et nous devons émettre le vœu qu'un examen nouveau vienne confirmer un beau succès qui serait dû, il faut le reconnaître, à l'emploi d'une opération relativement bien innocente.

Si les connaissances que donne la pratique avaient pu conduire la chirurgie à la perfection, cet art ne serait-il point parfait depuis plusieurs siècles? Ainsi s'exprime Lapeyronie, puis il ajoute : Il y a d'autres connaissances difficiles à saisir et qui doivent concourir au perfectionnement de la chirurgie : ces connaissances sont le fruit de l'expérimentation sur les animaux.

L'expérimentation physiologique a été, comme vous le savez, Messieurs, largement mise à contribution dans ces dernières années, mais il semble que cette source féconde qu'indiquait Lapeyronie en inaugurant l'Académie de chirurgie, il semble, dis-je, que cette source soit inépuisable.

C'est à l'expérimentation sur les animaux que notre collègue,

M. Panas, s'est adressé pour résoudre une question très-délicate de la chirurgie. Quel est le mode de production de la péritonite générale qui succède aux opérations faites sur les hernies étranglées et enflammées?

Notre collègue n'a point accepté la doctrine de la propagation comme capable d'expliquer toujours cette péritonite foudroyante qui survient parfois à la suite d'une réduction facile de la hernie enflammée. Pour M. Panas, l'anse intestinale qui fait partie de la hernie est bientôt privée de sa circulation capillaire, elle se comporte alors à la manière d'une partie inerte et elle ne s'oppose plus à la transsudation des liquides contenus dans son intérieur. Le passage s'effectue et voici suivant M. Panas l'origine de la péritonite consécutive.

Théorie ingénieuse basée sur l'expérimentation physiologique, théorie à laquelle plusieurs d'entre vous ont adressé des objections importantes, théorie qu'il faudra vérifier pour l'étude clinique. Néanmoins, je tenais à vous signaler les recherches de M. Panas, qui sont à la fois originales et séduisantes.

Chaque année apporte son tribut, qui n'est en définitive que le résultat des efforts que vous faites tous pour le progrès des sciences chirurgicales. Il n'y a pas encore longtemps que dans un compte rendu plein d'intérêt, notre collègue M. Jarjavay signalait avec intention l'absence de travaux relatifs aux maladies des yeux et aux maladies des voies urinaires. Cet appel fut entendu, et l'année dernière M. Guyon mentionnait des recherches fort importantes d'ophtalmologie. Aujourd'hui, j'ai à vous indiquer des communications sur les maladies des voies urinaires.

Je vous rappellerai d'abord une belle observation que nous devons à M. le docteur Guéniot. Ce fait démontre une fois de plus que certains calculs peuvent se fragmenter spontanément dans la vessie.

Un de nos correspondants, M. Drouineau, est venu lire à cette tribune le récit d'opérations heureuses nécessitées par la présence de calculs urinaires; enfin une communication de M. Borelli a provoqué dans le sein de la Société une discussion peut-être un peu trop courte sur diverses tentatives qui ont toutes pour but de simplifier l'extraction des calculs de la vessie alors que la lithotritie n'est pas possible.

On peut augurer de cette discussion que si la taille périnéale avec les larges incisions conserve encore parmi nous des partisans convaincus, le plus grand nombre des membres de la Société de chirurgie semble se rattacher à cette idée qu'on peut débarrasser les malades, pourvu qu'on fasse au périnée une petite plaie capable de laisser passer des

instruments lithotriteurs. De tous côtés on comprend combien il est préférable de fragmenter un gros calcul pour en faire l'extraction. Cette idée bien ancienne tend à se régulariser, grâce à divers perfectionnements, et c'est avec satisfaction que je constate l'approbation de la Société de chirurgie en faveur de la lithotritie périnéale.

Messieurs, il y a vingt-cinq ans, l'élite de la chirurgie française, les maîtres d'aujourd'hui, patronnés par les maîtres d'alors, se réunissaient pour fonder la Société de chirurgie.

L'amour de la science les animait, ils faisaient appel à tous les hommes de bonne volonté. On ne vous interrogeait pas sur vos opinions politiques, sur votre foi philosophique, la seule garantie que demandaient nos fondateurs, c'était la vérité scientifique et la moralité professionnelle.

C'est ainsi, Messieurs, qu'une voie féconde a été tracée, et c'est dans cette direction que sont engagées trois générations successives.

Les résultats, vous les connaissez, ils sont immenses, et la Société de chirurgie a conquis la place qu'ambitionnaient pour elle nos illustres devanciers.

Continuons, Messieurs, ces nobles exemples ; loin de nous les rivalités mesquines, les ambitions personnelles ; respect et déférence aux anciens, accueil sympathique aux nouveaux, confraternité entre tous : nous n'avons qu'un seul but, c'est l'avancement de la chirurgie.

M. le Secrétaire général lit l'éloge de M. Pöllin. (*Sera public dans les Mémoires.*)

M. TILLAUX lit le rapport suivant sur les travaux envoyés pour le prix Duval.

Rapport sur les thèses présentées au concours du prix Duval pour l'année 1888 par M. TILLAUX.

Messieurs,

J'ai l'honneur, au nom d'une commission composée de MM. Marjolin, Blot, Tarnier, Labbé et Tillaux, de vous rendre compte de thèses qui ont été envoyées à la Société pour le concours du prix Duval.

Elles ont été soutenues à la Faculté de Paris et sont au nombre de sept :

- 1° M. Hurel. Considérations sur les fractures de la clavicule;
- 2° M. Frarier. Du Phlegmon des ligaments larges;
- 3° M. Gougenheim. Des Tumeurs anévrismales des artères du cer-
veau;
- 4° M. Marduel. De la Résection sous-capsulo-périostée de l'articu-
lation du coude;
- 5° M. Dudon. De l'Urétrotomie externe;
- 6° M. Causit. Des Polypes du larynx;
- 7° M. Anger. Des Tumeurs érectiles lymphatiques (adénolympho-
cèles).

M. Hurel a profité de son internat à l'asile de Vincennes pour étu-
dier l'état des mouvements du membre supérieur à la suite des frac-
tures de la clavicule.

C'est une thèse intéressante, mais dont les conclusions n'ont rien
présenté à votre Commission qui méritât d'être spécialement signalé.

J'en dirai autant de la thèse de M. Frarier : c'est un bon travail,
mais qui ne possède pas les qualités que vous demandez ordinairement
à une thèse pour la récompenser.

La thèse de M. Gougenheim, sur les tumeurs anévrismales des
artères du cerveau, est fort intéressante. L'auteur a réuni et commenté
soigneusement un grand nombre d'observations éparses dans la
science; mais il a semblé à votre Commission que cette thèse, quoique
très-bonne, étant presque exclusivement médicale, ne pouvait pas être
récompensée par la Société de chirurgie.

Le travail de M. Marduel sur la résection sous-capsulo-périostée du
coude est assurément bien fait. Votre Commission a remarqué sur-
tout la clarté de l'exposition ainsi que la conviction profonde dont
l'auteur est animé. Ce n'est pas ici le lieu de discuter la valeur de la
méthode si préconisée par M. Marduel; je dirai seulement que votre
Commission n'a pas complètement partagé l'enthousiasme de notre
jeune confrère. Cette thèse n'a d'ailleurs fait que mettre plus encore
en lumière les opinions professées souvent devant vous par notre dis-
tingué collègue M. Ollier, de Lyon, sans y rien ajouter. Aussi votre
Commission n'a-t-elle pas cru devoir la récompenser.

Les trois thèses qui ont principalement attiré notre attention sont
celles de MM. Dudon, Causit et Anger.

La thèse de M. Dudon sur l'urétrotomie externe est très conscien-
cieusement faite. L'auteur s'est servi de tous les documents et surtout
des observations publiées dans ces dernières années sur ce sujet. Il en
a lui-même recueilli quinze dans les hôpitaux de Bordeaux et de
Paris.

M. Dudon se montre très-partisan, et avec raison, de l'urétrotomie externe, toutes les fois que la dilatation d'abord et l'urétrotomie interne sont impuissantes ou impossibles. Les indications de cette grave opération ont été bien formulées par l'auteur. Le chapitre qui mérite le plus d'éloges est celui où M. Dudon rend compte des résultats consécutifs. Il faut le féliciter d'avoir recherché les malades et de nous avoir indiqué dans quel état il les a trouvés plusieurs années après l'opération. Pour ces différentes raisons, votre Commission a cru devoir récompenser la thèse de M. Dudon.

M. Causit a publié une très-bonne monographie sur les polypes du larynx. Recueillant un grand nombre de faits, publiés tant en France qu'à l'étranger, M. Causit a tracé une histoire complète de cette grave et intéressante maladie. C'est un travail qui restera dans la science et que chacun devra consulter toutes les fois qu'il aura affaire à une affection de ce genre. Votre Commission a pensé qu'une récompense était légitimement due à M. Causit.

M. Anger a eu la bonne fortune de rencontrer, pendant son internat dans le service de M. Nélaton, un malade atteint de tumeurs multiples sous-maxillaires et inguinales qu'il propose d'appeler tumeurs érectiles lymphatiques ou adénolymphocèles. Bien qu'Amussat eût rencontré un malade atteint de la même affection, c'est M. Nélaton qui, le premier, décrit ce genre de tumeur, en traça la symptomatologie et en reconnut nettement la nature. Notre collègue, M. Trélat, en observa également un cas fort remarquable. Réunissant les quelques faits épars dans la science, en y ajoutant celui qui lui est propre, M. Anger s'est servi de ces matériaux pour présenter l'histoire aussi complète que possible de cette étrange maladie.

Votre Commission a surtout remarqué le chapitre relatif à l'anatomie pathologique, dans lequel M. Anger démontre que ces tumeurs sont le résultat des dilatations variqueuses des vaisseaux intra-ganglionnaires. L'auteur a fait plusieurs expériences sur les animaux dans le but de découvrir la cause de ces varices ganglionnaires : il a lié le canal thoracique sur plusieurs chiens sans atteindre le but qu'il cherchait.

Si M. Anger a éclairé cette question obscure par de nombreuses observations microscopiques, il n'a pas négligé pour cela le côté clinique. Les symptômes, le diagnostic différentiel sont judicieusement présentés. De belles planches terminent cette thèse et permettent de comprendre et de suivre plus aisément la pensée de l'auteur. Votre Commission n'a donc pu hésiter à accorder une récompense à M. Anger.

Examinant ensuite le mérite relatif de ces trois derniers candidats, MM. Dudon, Causit et Anger, nous avons pensé que, eu égard à l'originalité du sujet, au vif intérêt qui s'y attache, aux recherches propres à l'auteur, nous devons classer les candidats de la façon suivante :

En première ligne, M. Anger; en deuxième ligne, *ex æquo*, M. Causit et Dudon.

En conséquence, Messieurs, votre Commission vous propose de décerner le prix Duval à M. le docteur Théophile Anger, ancien interne des hôpitaux de Paris, et l'accèsit *ex æquo* à M. le docteur Causit, ancien interne des hôpitaux de Paris, et M. le docteur Dudon, ancien interne de l'hôpital Saint-André, de Bordeaux.

Messieurs, pour se conformer aux intentions du fondateur du prix Duval, la Commission a pensé qu'il était bon de mieux préciser les termes ou les conditions du programme.

J'ai l'honneur de rappeler que vous avez accepté les deux modifications suivantes :

1° Les thèses devront être remises à la Société avant le 15 septembre de chaque année.

2° Seront seuls admis au concours les internes définitifs nommés au concours.

M. LEGOUËZ s'exprime en ces termes :

Messieurs,

Un impérieux devoir de famille m'a empêché d'assister à la dernière séance. Je ne doute pas que vous n'excusiez mon absence et que vous n'acceptiez le témoignage de mes regrets.

J'aurais dû vous présenter, mercredi dernier, le compte rendu de l'état de la Société de chirurgie; n'ayant pu le faire, je vous prie de me permettre d'accomplir aujourd'hui cette tâche.

L'honneur en revenait à un autre, dont le nom est dans vos cœurs et sur vos lèvres, à Follin; Follin, qui n'a présidé qu'une seule fois à nos débats, que la science comptait parmi ses plus fervents adeptes, l'art parmi les praticiens les plus habiles, et dont la fin prématurée est encore une douleur pour chacun de nous.

Un ami, un émule de Follin vous a rappelé sa vie et ses travaux. Il m'appartient néanmoins de rendre hommage, une fois encore, à la mémoire de notre infortuné Président. Il devait ouvrir la funeste série des pertes que nous avons éprouvées pendant l'année qui vient de s'écouler. Quelques mois après lui, son maître succombait.

Tard venu parmi nous, comme membre honoraire, M. Velpeau, dont l'illustration sera célébrée, sans doute, dans une autre enceinte, nous offrait ici l'émouvant exemple du travail continué, sans fatigue, bien au delà de l'heure habituelle du repos.

Après le maître, un élève encore, Foucher, disparaissait subitement frappé du coup qu'il était seul à prévoir et qu'il attendait avec le courage dont il a fait preuve pendant toute sa carrière.

Enfin, il y a quelques jours à peine, nous avons perdu Laborie, dont l'affabilité laissera parmi nous de longs souvenirs.

Que de deuils, Messieurs! et quels deuils, en moins d'un an! C'est à nos jeunes collègues de s'efforcer de nous les rendre moins sensibles; c'est sur eux que compte la Société de chirurgie pour combler de pareils vides. S'ils entendent cet appel, — et ils l'entendent, car ils sont l'élite de la jeunesse savante, — je n'aurai pu leur souhaiter une meilleure bienvenue. Qu'ils apportent à la Société, heureuse de leur avoir ouvert ses rangs, les fruits de leurs travaux : c'est ici que ces fruits mûriront à la chaleur de la discussion.

Où trouver ailleurs, en effet, plus que dans cette assemblée, des éléments mieux choisis pour les progrès de la science? Les uns près des autres s'asseoient des hommes encore pleins de la verdeur juvénile, des praticiens dans toute la vigoureuse expansion du talent, des maîtres dont l'expérience a apporté dans les convictions l'apaisement et la solidité. Que ces éléments s'allient, comme ils l'ont toujours fait; qu'ils s'unissent dans un commun élan pour atteindre la vérité, et leurs efforts affermiront à jamais la juste renommée que la Société de chirurgie s'est acquise.

J'en parle sans immodestie, Messieurs, car tous les chirurgiens haut placés par leur mérite, en France et à l'étranger, briguent l'honneur de vous appartenir à titre d'associés ou de correspondants, et la plupart de vos membres honoraires assistent toujours à vos réunions avec un intérêt et une exactitude que de plus jeunes pourraient leur envier. Vos adjonctions ont été nombreuses dans le cours de l'année dernière. Vous avez nommé deux membres titulaires, trois membres honoraires, un associé étranger, six correspondants nationaux et cinq correspondants étrangers. L'année qui commence ne comptera pas moins d'adjonctions nouvelles se disputant de valeureux précédents.

En élargissant le cadre de vos correspondants nationaux, vous avez pris une mesure également utile à vos intérêts scientifiques et à vos intérêts financiers. Aussi, depuis deux ans, votre budget est-il non-seulement équilibré, mais encore présente-t-il un notable excédant de recettes. Il n'est que justé, toutefois, de rapporter une partie de cette

prospérité de vos finances à la sage et fructueuse administration de votre Trésorier, qui vous soumettra ses comptes de gestion dans la prochaine séance, c'est-à-dire qu'il recueillera une fois de plus et vos remerciements et vos encouragements.

Des circonstances dont le bureau n'a pas été maître ont quelque peu entravé la publication de notre bulletin; elles seront, à l'avenir, conjurées par des mesures dont l'étude vous sera prochainement proposée. En revanche, la fin de l'année 1867 a vu paraître le quatrième fascicule du tome VI de vos mémoires; et l'année 1868 ne s'écoulera pas, je l'espère, sans que j'aie la satisfaction de vous annoncer l'achèvement du catalogue méthodique de votre bibliothèque.

Je termine, Messieurs, en vous remerciant, comme vice-président, de l'indulgence et des sympathies que vous m'avez témoignées, et en vous priant, comme président, de vouloir bien me les continuer.

OBSERVATION DE PNEUMATOCÈLE DU CRANE

PAR M. FLEURY

CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU DE CLERMONT-FERRAND

Le pneumatocèle du crâne est une maladie rare, puisqu'on n'en trouve la description dans aucun des ouvrages de pathologie externe que nous avons entre nos mains.

Le *Compendium de chirurgie pratique* renferme, il est vrai, une observation de M. Jarjavay, mais il est question d'une perforation des sinus frontaux.

Dans l'année 1865, M. le professeur Denonvilliers en a observé un exemple assez remarquable, et le fait qui a été publié dans l'un des premiers numéros de *la Gazette des Hôpitaux* de l'année dernière, a été le point de départ des recherches qui ont été faites par M. Thomas, l'un de ses élèves, qui a réuni huit observations. Elles lui ont servi à composer la monographie qu'il a publiée.

Comme les malades dont il parle dans son mémoire sont guéris ou ont été perdus de vue, il a émis des hypothèses plus ou moins vraisemblables pour expliquer le développement de cette affection, mais aucune démonstration anatomique n'a été produite à l'appui.

J'espère combler cette lacune en faisant parvenir à la Société de chirurgie la pièce anatomique qui a été recueillie à l'Hôtel-Dieu de Clermont, et en adressant à ses honorables membres la description de l'affection qui a été observée.

Je pense que la discussion à laquelle donnera lieu cette communication servira à élucider un point de pathologie qui est encore bien obscur.

Le passage de l'air contenu dans les sinus frontaux ou les

cellules mastoïdiennes peut, il est vrai, facilement expliquer le décollement du péricrâne; mais en dehors de toute lésion traumatique, la cause qui détermine la perforation de ces cavités me paraît encore environnée d'obscurité.

M. Thomas croit devoir la trouver dans l'atrophie de la lame externe des cellules mastoïdiennes et dans une perforation de cette lamelle. C'est une supposition purement gratuite et qui ne peut être admise lorsque l'on a sous les yeux la pièce anatomique que j'ai l'honneur d'adresser à la Société. Comment admettre, en effet, l'intégrité de l'ouïe et une altération primitive de l'apophyse mastoïde? Il est bien plus rationnel de supposer que la maladie a débuté par le périoste ou les os du crâne, et que l'usure ou l'ulcération qui en a été la conséquence, en établissant une communication avec l'apophyse mastoïde, la cavité tympanique et le périoste, a décollé cette membrane fibreuse et déterminé la formation du pneumatocele.

Dès l'instant où les os du crâne sont mis à nu, cette altération doit être bien plus grave que ne le pense M. Thomas, et on peut se demander si on a jamais obtenu par la compression un recollément complet de cette membrane.

Le pneumatocele du crâne ne me paraît donc pas une affection aussi bénigne que le pense l'auteur de la monographie en question, et le traitement n'est pas aussi facile qu'il l'assure et la guérison aussi radicale qu'il le suppose.

François G..., âgé de 30 ans, exerce à Clermont la profession de tailleur. C'est un homme assez robuste qui a toutes les apparences d'une bonne constitution.

Il sentit, il y a quinze mois à peu près, derrière le côté gauche de la tête, au niveau de l'apophyse mastoïde, une petite tumeur qui avait le volume d'une noisette. Elle était dure, indolente, sans changement de couleur à la peau; sa marche fut d'abord très-lente, son développement peu rapide, mais, depuis quatre mois, elle a pris un accroissement considérable et a gagné la région occipitale et la région pariétale du côté gauche.

Jusqu'au milieu de décembre, le malade n'a éprouvé aucune gêne, n'a pas senti la moindre douleur et a continué son travail comme par le passé; il percevait parfois néanmoins dans les oreilles de petit sif-

flements qui augmentaient d'intensité lorsque, par une cause quelconque, la tumeur était comprimée. L'oreille gauche en était bien plus fortement impressionnée que celle du côté opposé. Cependant, comme il ne souffrait pas, il ne fut pas autrement préoccupé de cet état et ne consulta personne.

Depuis quinze jours, G.... éprouve des étourdissements et de violents maux de tête qui l'obligent à suspendre son travail et qui le forcent à prendre un point d'appui sur les objets qui l'environnent pour prévenir une chute qui lui paraît à chaque instant imminente. C'est alors qu'il se décide à entrer à l'Hôtel-Dieu de Clermont, où il est reçu le 7 avril.

On remarque, à la partie postérieure de sa tête, une tumeur qui a 56 centimètres de circonférence et qui mesure dans ses diamètres antéro-postérieur et transversal 29 centimètres. Le premier part de la protubérance occipitale externe et aboutit au sommet de la tête, au niveau de la région fronto-pariétale; le second s'étend du milieu du pariétal gauche, au point correspondant du côté opposé.

Elle est irrégulièrement arrondie et présente au sommet de la tête trois ou quatre bosselures volumineuses; la peau, qui a conservé sa coloration normale, n'est point douloureuse à la pression. En la pressant dans ses différents diamètres, on a la sensation d'un corps mou et résistant. La percussion n'a pas été exercée; elle eût pu mettre sur la voie de la maladie.

Le 9 avril, après avoir préalablement fait raser la tête, je pratique une petite incision à la partie postérieure et inférieure de la tumeur. Mon étonnement fut grand, je l'avoue, lorsque je la vis s'affaisser comme un ballon de caoutchouc distendu par de l'air. Les douleurs qu'éprouvait le malade me faisaient croire plutôt à l'existence d'une collection liquide que gazeuse. Une petite artériole a été ouverte, sa ligature a pu être facilement pratiquée. En introduisant le doigt dans cette vaste poche, on sent des inégalités séparées par des enfoncements plus ou moins profonds et qui existent à gauche, surtout au niveau des apophyses mastoïde et occipitale.

Quelques boulettes de charpie sont introduites dans sa cavité, et on exerce une compression assez forte au moyen d'un couvre-chef, afin de se mettre à l'abri d'une hémorrhagie.

Dans la journée, le malade a de la fièvre et accuse un sentiment de chaleur dans toute la tête.

Le 10, la fréquence du pouls a encore augmenté : il y a 120 pulsations dans la journée.

Le 11, deux hémorrhagies successives ont lieu; on les arrête avec

des tampons imbibés de perchlorure de fer et une compression assez énergique.

Le 12, les paupières sont le siège d'un œdème dur qui tend à gagner le visage.

Les liquides qui s'écoulent de la plaie ont une odeur très-fétide; des injections d'eau chlorurée sont pratiquées dans la cavité, et on y introduit quelques brins de charpie imbibés d'eau-de-vie camphrée.

A dater de ce moment, le moral du malade, qui était resté bon, commence à fléchir. Le gonflement qui existait aux paupières s'est étendu aux joues, aux lèvres, et a gagné les parois de la poitrine; la bouche ne s'entr'ouvre qu'avec difficulté, la déglutition est difficile, les yeux sont cachés par les paupières, qui ne peuvent plus s'entr'ouvrir.

Pendant quelques jours, l'amélioration qui s'est manifestée a pu donner quelque espoir. En même temps que la plaie se détergeait, que la suppuration était moins abondante et de meilleure nature, l'œdème diminuait, l'œil gauche commençait à s'ouvrir, la parole devenait plus facile, l'appétit reparaisait.

Mais ce bien-être n'a pas été de longue durée.

Le 22 avril, une nouvelle hémorrhagie plus abondante que les deux autres s'est manifestée; il semble à l'interne de garde, qui est appelé, que le sang est fourni par les surfaces osseuses, et qu'il provient des parties les plus profondes de la cavité.

A dater de ce moment, les forces s'affaiblissent de jour en jour, l'œdème gagne le thorax en totalité; la figure, énormément boursouflée, est hideuse à voir et rappelle celle des individus qui sont restés longtemps plongés dans l'eau.

Jusqu'au 25 avril, les facultés intellectuelles ont conservé toute leur intégrité, mais, dès ce jour, la mémoire s'affaiblit, du délire se manifeste, et lorsqu'on cherche à soulever le malade, il est saisi d'un tremblement convulsif.

Le 27, il y eut encore une légère hémorrhagie.

La déglutition n'est plus possible; il meurt le 2 mai, dans la soirée.

Ce malade était intelligent et a pu nous donner tous les renseignements désirables.

Il ne sait à quelle cause attribuer l'affection dont il a été atteint. Ses parents ont toujours été bien portants, lui-même a joui jusque là d'une bonne santé.

Il n'a jamais reçu de coups sur la tête; il n'a été atteint d'aucune

affection vénérienne; sa vie a toujours été sobre et régulière; ses facultés intellectuelles et sensitives ont toujours été intactes, et malgré les petits sifflements dont il se plaignait parfois et qui n'ont existé que depuis le mois de décembre, l'ouïe a joui de toute sa sensibilité.

L'examen de la tête offrait un intérêt tout particulier; on pouvait le faire avec d'autant plus de facilité que le cadavre n'a pas été réclamé.

Lorsque les os du crâne ont été dépouillés des parties molles, en ayant soin de conserver le périoste, ce qui n'a pas permis d'envoyer une pièce aussi nette qu'on l'aurait désiré, j'ai cherché à introduire une petite sonde métallique dans un conduit osseux, dont l'ouverture s'ouvrait à la partie postérieure de l'apophyse mastoïde; elle n'a pu pénétrer très-profondément. Je lui ai substitué une bougie en caoutchouc très-fine qui est allée plus loin, mais qui a été arrêtée à son tour : je voulais voir si la communication qui avait dû exister entre la trompe d'Eustache et le tissu sous-périostique serait conservée, mais ces tentatives n'ont pas abouti.

J'ai substitué aux instruments solides une injection d'eau; elle est sortie par le trou stylo-mastoidien.

Lorsque, après avoir vidé le crâne et enlevé la dure-mère, j'ai voulu recommencer l'opération, le liquide disparaissait sans laisser aucune trace à l'extérieur.

Soupçonnant une communication avec la cavité encéphalique, j'y ai fait une ouverture qui m'a confirmé dans l'opinion que j'avais émise. Une petite tige de plomb indique le point où existe la perforation. Elle a servi à constater l'existence d'une usure dans la portion de l'occipital qui est creusé d'une dépression pour loger le sinus latéral, usure qui s'étend également à la base du rocher.

À l'extérieur, la cavité crânienne est dénuée de son périoste dans une surface qui est circonscrite par une ligne assez irrégulière qui s'étend à droite de l'apophyse mastoïde à la protubérance occipitale externe pour gagner de là la moitié droite de l'occipital, le pariétal du même côté et arriver, en se rétrécissant, au point de jonction de la suture fronto-pariétale.

Du côté gauche, la même ligne arrive en longeant le côté correspondant du pariétal à la même suture.

Les altérations osseuses les plus profondes n'existent point à l'apophyse mastoïde elle-même, qui a conservé sa forme et son volume mais plus en arrière; c'est là où les saillies et les enfoncements sont les plus prononcés.

Une altération de même nature se voit au niveau de la protubérance externe de l'occipital. Cet os est rugueux dans toute son étendue, mais les inégalités diminuent à mesure que l'on se rapproche de la suture lambdoïde pour disparaître presque complètement dans la région pariétale.

L'altération la plus profonde a donc son siège au point de jonction de l'occipital et du temporal, au niveau et un peu en arrière de la base de l'apophyse mastoïde. C'est là en effet où le mal a commencé.

Il est probable que la destruction des parois du crâne dans cette région aurait amené la dénudation et l'inflammation de la dure-mère et que, plus tard, G.... aurait succombé à une méningite.

On ne peut donc, d'après cela, considérer le pneumatocèle du crâne comme une affection sans gravité.

MÉMOIRE

SUR

DEUX CAS D'ANUS CONTRE NATURE

GUÉRIS PAR LA SUTURE

Par M. le docteur PATRY (de Sainte-Maure)

Ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de l'hôpital de Sainte-Maure

**Hernie crurale. — Perforation de l'intestin
par deux ascarides lombricoïdes. — Opération. — Guérison.**

Les ascarides lombricoïdes se développent primitivement dans l'intestin, et lorsqu'on les rencontre dans la cavité du péritoine, il faut nécessairement admettre qu'une communication s'est établie entre la séreuse et la cavité intestinale. Cette communication est produite par des causes diverses. Elle peut être le résultat d'une eschare gangréneuse, d'une ulcération simple, tuberculeuse ou de toute autre nature de la paroi intestinale. Dans ces différents cas, lorsqu'on rencontre un ou plusieurs vers lombrics dans la cavité du péritoine, il y a des signes qui permettent de reconnaître que les entozoaires ont été étrangers à la perforation intestinale. Souvent même, leur migration dans le péritoine s'est faite après la mort, ainsi que l'indique l'absence de péritonite qui, dans le cas contraire, se développe immédiatement et entraîne une mort rapide. M. Davaine, dans son *Traité des Entozoaires*, dit : « Lorsqu'on n'aura pas reconnu pendant la vie les symptômes de la péritonite, ou, à l'autopsie, les caractères anatomiques de cette affection, on devra conclure que l'arrivée de l'ascaride lombricoïde dans la cavité abdominale s'est faite après la mort. »

Si les altérations pathologiques que nous avons mentionnées sont les causes les plus fréquentes des perforations intestinales, elles ne sont cependant pas les seules admises. Il y a des auteurs qui pensent que, sans altération préalable, les vers lombrics peuvent pratiquer cette perforation de l'intestin par le simple écartement des fibres de cet organe. Cette théorie, qui a été émise et défendue par Mondière

de Loudun, explique d'une manière satisfaisante pourquoi, dans certains cas, on ne peut plus retrouver la trace de l'ouverture qui a livré passage aux entozoaires. Cependant, elle ne peut être mise en doute, car on a constaté leur présence dans le péritoine, et on sait qu'ils ne peuvent se développer dans cette cavité. Dans ces cas, les fibres des parois de l'intestin, qui ont été simplement refoulées et non détruites, reviennent sur elles-mêmes par leur élasticité et leur contractilité propres et oblitèrent promptement l'ouverture qui a livré passage à l'ascaride lombricoïde.

Cette opinion, en faveur de laquelle le docteur Royer de Joinville a rapporté un fait très-concluant, n'a cependant pas été adoptée par tous les médecins.

Malgré cette observation, qui ne peut laisser de doute sur la cause de la perforation intestinale, il règne encore aujourd'hui une très-grande incertitude sur la manière dont les ascarides lombricoïdes pénètrent dans la cavité péritonéale.

Je vais transcrire cette observation, qui offre la plus grande analogie avec celle qui fait le sujet de cette communication.

« Gouvenot fils, à Joinville, âgé de 12 ans, un peu maigre, mais assez fort et habituellement bien portant, rendant de temps en temps par l'anus des vers, prit, le 15 avril 1848, du semen-contrà qui lui fit mettre bas une grande quantité de lombrics (au moins trente), lorsque, quatre jours après, et sans cause appréciable, se portant bien, il survint tout à coup de violentes douleurs abdominales qui ne lui laissèrent pas de repos, puis des vomissements.

« Appelé auprès du malade, je constatai une tension et une très-grande sensibilité du bas-ventre; un facies pâle, exprimant la souffrance, un pouls petit, fréquent; des vomissements bilieux; jambes et cuisses fléchies sur l'abdomen; enfin je diagnostiquai une péritonite violente qui, malgré le traitement énergique que je lui opposai, amena la mort en moins de vingt-quatre heures.

« Autopsie : 1° Épanchement de matières intestinales liquides dans le péritoine, facilement reconnaissables par leur odeur et leur couleur; 2° les signes d'une péritonite aiguë générale commençante; 3° la présence d'un ascaride lombricoïde dans le péritoine, au milieu de ce liquide. Ce ver, qui était mort et de moyenne dimension, correspondait à la portion inférieure de l'intestin grêle, à l'iléon, ce qui me fit penser qu'il devait y avoir une perforation intestinale dans les environs; 4° en effet, en examinant avec soin, je trouvai une perforation de l'iléon en avant et à trois centimètres de son union au cœcum. Cette ouverture est petite, directe (c'est-à-dire qu'elle ne rampe pas

entre les tuniques intestinales), et laisse encore échapper quelques matières liquides de l'intestin; elle ne semble pas produite par un emporte-pièce, comme si elle était l'effet d'une ulcération. Elle paraît, au contraire, avoir été produite par un instrument piquant, qui aurait agi en écartant les fibres plutôt qu'en les coupant, ou en les déchirant. Ses bords ne sont le siège d'aucun travail inflammatoire, ce qui indique sa formation récente; 5° la muqueuse intestinale est normale; il n'y a ni ramollissement, ni ulcération dans ce canal, qui renferme encore plusieurs lombrics dans son trajet. »

Malgré cette observation, dont les détails sont très-clairs et très-précis, on peut dire qu'il règne encore aujourd'hui une très-grande incertitude sur la manière dont les ascarides pénètrent dans la cavité péritonéale. Chez la malade que j'ai observée, les deux entozoaires sont sortis de l'intestin par une perforation qui, bien certainement, était le résultat du refoulement des fibres de cet organe, sans avoir été précédée d'ulcération ou de ramollissement, ainsi que l'indiquait la disposition des bords de cette ouverture.

Après l'extraction du second ver lombric, qui n'était pas encore entièrement sorti de l'intestin, les fibres musculaires sont revenues sur elles-mêmes, de manière que la perforation intestinale était très-diminuée au moment de la réduction de la hernie.

Observation. — Femme Vernier, âgée de 42 ans, forte et bien portante, mère de cinq enfants, s'est aperçue, il y a quatre ans, lorsqu'elle a eu son quatrième enfant, qu'elle avait une grosseur dans l'aîne droite. Cette tumeur n'était point douloureuse à la pression, sortait et rentrait d'elle-même.

Le 10 décembre 1844, après un travail pénible, elle a été prise d'une violente collique, et elle s'est aperçue que la tumeur de l'aîne était sortie. Elle s'est couchée, et elle a cherché en vain à la faire remonter. J'ai vu cette malade le lendemain dans la matinée, et je l'ai trouvée dans l'état suivant :

Elle n'a pas de fièvre; elle se plaint de violentes coliques et a vomi une grande partie de la nuit. Le ventre est météorisé et douloureux à la pression au niveau de la fosse iliaque droite. Dans l'aîne droite, au-dessous du ligament de Follope, à l'orifice de l'anneau crural, on trouve une tumeur du volume d'un œuf de poule, dure, de forme arrondie, à parois lisses, presque immobile, rendant un son clair à la percussion, douloureuse à la pression, sans changement de couleur des téguments. Il n'y a pas eu de garde-robe depuis le 9 au matin. Tous ces symptômes ne pouvaient laisser aucun doute sur l'existence d'une tumeur herniaire.

J'ai essayé de réduire cette hernie en pratiquant le taxis. Cette manœuvre, qui était douloureuse, a été faite sans de grands efforts et en augmentant progressivement la force de pression. Après plusieurs tentatives qui ont été prolongées jusqu'à la fatigue, j'ai dû renoncer à ce moyen.

J'ai fait donner un lavement purgatif, et la tumeur a été couverte d'une couche d'extrait de belladone.

Le soir, j'ai revu la malade avec mon collègue, M. Davonneau. Le lavement purgatif a provoqué une garde-robe abondante. La tumeur est toujours aussi dure, aussi volumineuse et aussi douloureuse à la pression. Ses parois sont lisses, et, en la comprimant, on ne constate rien de particulier. Les vomissements ont continué, et il y a de temps en temps du hoquet.

Je n'ai pas voulu attendre au lendemain pour faire l'opération, qui a été pratiquée vingt-quatre heures environ après le début de l'étranglement.

En ouvrant le sac, il s'est écoulé un peu de sérosité brunâtre n'ayant aucune odeur. Dans sa cavité, nous avons trouvé un ver lombric vivant, et un second était au tiers sorti par l'ouverture qui avait dû livrer passage au premier. Je l'ai extrait en exerçant une certaine traction, car l'ouverture qui lui a livré passage le comprime assez fortement, surtout lorsqu'on arrive à la partie moyenne, qui est la plus volumineuse. Elle a ses bords renversés en dehors; ils ne sont ni amincis, ni taillés à pic. Des gaz se sont échappés par l'ouverture de communication. La tumeur herniaire est formée par une anse d'intestin grêle; sa paroi est injectée et très-résistante. J'ai fait le débridement, et j'ai examiné avec soin la partie de l'intestin sur laquelle portait l'étranglement.

Après la sortie du ver lombric, la perforation a diminué d'une manière sensible par le rapprochement des fibres musculaires, qui sont revenues sur elles-mêmes. Dans la crainte d'un épanchement dans le péritoine, j'ai fixé par un point de fil l'ouverture de l'intestin à l'entrée de l'anneau crural. Mais cette ouverture était déjà tellement réduite, que je me suis demandé si l'épanchement eût été possible.

Pendant le débridement, l'intestin ayant glissé devant le tranchant du bistouri, j'ai coupé les tuniques séreuse et musculaire. Malgré la profondeur de cette plaie, qui pénétrait jusqu'à la muqueuse, j'ai réduit l'intestin.

J'ai appliqué un bandage qui comprimait légèrement la plaie.

J'ai fait prendre, dans la journée et les jours suivants, 10 centigr. d'extrait thébaïque.

Le lendemain de l'opération, 12 décembre, les coliques et les vomissements ont cessé; la malade va très-bien; il n'y a pas de fièvre; le ventre n'est pas douloureux à la pression.

Le mieux a continué jusque dans la matinée du 14. Vers les dix heures, la malade a été prise subitement d'une violente colique, avec des vomissements verdâtres très-abondants. Ces accidents, qui ont duré pendant plusieurs heures, se sont calmés dans la soirée. La figure était très altérée, le pouls petit et fréquent. Le ventre était légèrement tendu, mais il était très-douloureux à la pression. Il ne s'est rien écoulé par la plaie.

Cette malade avait cessé, depuis le matin deux heures, de prendre sa potion avec l'extrait gommeux d'opium, parce qu'elle lui inspirait la plus grande répugnance. C'est huit heures après l'avoir suspendue que se sont déclarés les accidents graves qui devaient faire craindre l'existence d'une perforation intestinale. Vers une heure après midi, j'ai fait reprendre l'extrait thébaïque en pilules, et les accidents ont diminué d'intensité. J'ai donné 25 milligrammes toutes les heures, et après en avoir pris 15 centigrammes, les accidents s'étant calmés, j'ai réduit à 12 milligrammes, puis j'ai éloigné. Cette malade a pris près de 40 centigrammes d'extrait thébaïque en vingt-quatre heures.

Le 16 décembre, j'ai fait le premier pansement, et la suppuration commence à s'établir. La malade va très-bien, et elle demande à manger. Elle continue de prendre 10 centigrammes d'extrait thébaïque par jour. On ne lui donne que du bouillon.

Le seizième jour de l'opération, cette malade a pris 45 grammes d'huile de ricin, qui ont provoqué plusieurs garde-robe sans coliques.

Trois semaines après l'opération, la plaie était presque complètement cicatrisée.

La présence des ascarides lombricoïdes dans la cavité du sac herniaire n'est pas un fait nouveau, mais ce qui rend cette observation intéressante, c'est qu'elle nous a permis de bien apprécier quelle a été la cause de la perforation intestinale. On ne pouvait l'attribuer à une ulcération, ni à un ramollissement, ni à une eschare gangréneuse, car il eût été facile de reconnaître ces différentes lésions à des signes certains. Si la paroi intestinale était injectée, elle avait conservé toute sa force de résistance, ce qui ne permettait pas d'admettre qu'elle avait pu se rompre par la simple pression des entozoaires.

Nous avons vu qu'après l'extraction du second lombric, la forme de la perforation intestinale répondait exactement au volume de l'entozoaire, qu'il était serré par ses bords, ce qui tenait à son augmen-

tation de volume depuis son extrémité céphalique jusqu'à sa partie moyenne; que les bords de l'ouverture étaient déjetés en dehors; qu'ils n'étaient point taillés à pic, comme dans les ulcérations, ni amincis, comme on l'observe à la suite d'une pression prolongée.

Si la perforation intestinale avait été le résultat d'une ulcération ou d'une autre lésion, ses bords ne seraient pas revenus sur eux-mêmes, comme nous avons pu le constater. Dans ces diverses altérations pathologiques, il y a une véritable destruction de la paroi intestinale, et alors l'ouverture accidentelle ne peut se fermer qu'après un travail long et difficile.

Chez cette malade, au contraire, les bords se sont rapprochés très-rapidement, et au moment de la réduction de l'intestin, elle était déjà très-diminuée.

Cette perforation intestinale a été produite par l'ascaride lombricoïde qui, à l'aide de son extrémité céphalique, a produit un véritable écartement des fibres intestinales. Après sa sortie, elles sont revenues sur elles-mêmes en se contractant.

Cette observation, qui confirme la théorie de Mondière, explique, de la manière la plus satisfaisante, l'absence de toute trace des ouvertures faites à l'intestin, même à une époque rapprochée du passage des entozoaires dans la cavité péritonéale.

Chez cette malade, les faits se sont passés sous nos yeux, et nous avons pu les apprécier.

Dans la crainte d'un épanchement dans la cavité du ventre, j'ai fixé l'intestin, par un point de fil, à l'ouverture de l'anneau crural. Si j'étais appelé à observer un fait semblable, je ferais immédiatement la réduction, et je donnerais tous les jours au malade 15 centigrammes extr. thébaïque pour empêcher les contractions intestinales. Il n'est pas douteux, d'après ce qui s'est passé chez cette femme, que la perforation intestinale eût été promptement oblitérée, de manière à rendre un épanchement impossible.

Cette malade a été prise, soixante heures environ après l'opération, d'accidents tellement graves, qu'il y avait tout lieu de croire à un épanchement péritonéal. Si on n'admet pas cette complication, comment expliquer les accidents qui se sont manifestés si subitement? Sans vouloir affirmer d'une manière positive qu'il y a eu chez cette malade un épanchement abdominal qui, s'il a existé, a dû être très-minime, peut-être des gaz seulement, il y a bien des raisons pour le penser. La rapidité avec laquelle se sont déclarés ces accidents et l'impossibilité de les attribuer à une autre cause sont autant de raisons en faveur de cette opinion.

Ces symptômes graves, qui se sont déclarés huit heures après la cessation de l'ext. thébaïque, ont paru se calmer sous l'influence de cette médication, à laquelle je me suis empressé de revenir.

Pendant l'opération de la hernie, les tuniques intestinales ont été intéressées par le bistouri jusqu'à la muqueuse; peut-être une petite fissure s'est-elle faite sous l'influence des contractions intestinales.

En pratiquant la manœuvre du taxis, nous n'avons observé aucun signe particulier propre à faire reconnaître la présence des ascarides lombricoïdes dans la cavité du sac herniaire.

Avant de tenter la guérison de l'anus contre nature, il faut chercher à apprécier quelle peut être l'étendue de la perte de substance de la paroi intestinale. Cette lésion est d'autant plus importante à bien connaître, que d'elle dépend le choix du traitement. Si l'intestin a été intéressé dans sa totalité ou dans la plus grande partie de sa circonférence, le moyen curatif ne peut pas être le même que quand la lésion comprend une petite partie de la paroi de cet organe.

Dans le premier cas, les deux bouts de l'intestin marchent le plus souvent parallèlement l'un à l'autre dans la cavité du ventre, et leurs parois se réunissent en formant une cloison plus ou moins complète. Cette cloison, à laquelle Scarpa a donné le nom de *promontoire* et Dupuytren celui d'*éperon*, constitue, entre les ouvertures intestinales, une barrière qui s'oppose au passage des matières stercorales du bout supérieur de l'intestin, dans le bout inférieur, et les force à sortir en grande partie ou en totalité par la plaie de l'abdomen.

Dans le second cas, au contraire, la lésion intestinale n'intéressant que le quart ou le tiers de l'intestin, le bout supérieur se continue plus ou moins directement avec le bout inférieur; il ne se forme pas d'éperon, ou, s'il existe, il est très-peu appréciable. Les matières stercorales parcourent tout leur trajet normal, et s'il en passe par l'ouverture accidentelle, elles sont en petite quantité.

Si la cloison qui sépare les deux ouvertures intestinales est assez proéminente pour s'opposer au passage des matières stercorales, la première indication est de la détruire par l'application de l'entérotôme. On crée une voie nouvelle qui permet aux matières intestinales de reprendre leur cours habituel. Ce premier résultat étant obtenu, on peut alors tenter l'occlusion de l'orifice accidentel. Si, au contraire, la plaie de l'intestin est limitée, l'éperon nul ou peu saillant, on peut essayer avec des chances de succès de fermer l'ouverture cutanée par la suture.

Avant de faire cette opération, il est prudent d'oblitérer l'anus contre nature par l'application d'un bandage, afin de s'assurer que les

matières fécales suivent librement leur trajet naturel. S'il survenait des coliques, de la tension du ventre, des vomissements, etc., ce serait une faute grave que de chercher à obtenir par la suture la guérison immédiate. On s'exposerait à provoquer des accidents, et l'opération n'aurait pas la plus petite chance de succès. Dans ce cas, il y a certainement un obstacle qui s'oppose au passage des matières stercorales du bout supérieur de l'intestin dans le bout inférieur. C'est cet obstacle qu'il faut faire disparaître avant de chercher à fermer l'ouverture cutanée.

Chez les deux malades qui font le sujet de cette communication, les matières intestinales s'écoulaient en grande partie par l'anus, et si on fermait l'ouverture anormale, il ne se manifestait aucun trouble dans les fonctions digestives, excepté quelques coliques dont se plaignait la malade qui fait le sujet de la deuxième observation. Ces phénomènes prouvaient, de la manière la plus évidente, que les deux bouts de l'intestin communiquaient facilement et qu'il n'y avait pas de cloison intra-intestinale qui s'opposât au passage des matières. Ces deux malades avaient donc un anus contre nature sans éperon, et le fait a été constaté chez l'un d'eux en introduisant le doigt dans la plaie. Il y avait alors indication à tenter l'oblitération immédiate de l'ouverture accidentelle.

1^{re} Obs. — *Enfant de huit mois. Ligature de l'intestin avec le cordon ombilical. — Anus contre nature. — Guérison par la suture.* — Le 5 janvier 1839, on m'a apporté un enfant de huit mois, du sexe masculin, habitant la commune de Bournau, qui offrait à l'ombilic une ouverture par laquelle s'écoulait un liquide d'un blanc jaunâtre ou verdâtre, qui offrait tous les caractères de celui que contiennent les intestins d'un enfant de cet âge. Les matières fécales qui s'écoulaient par l'anus étaient à peu près égales en quantité à celles qui sortaient par l'ouverture ombilicale.

La mère de cet enfant m'a rapporté qu'elle avait été assistée par une voisine qui n'était point sage-femme; que son enfant, qui était gros et fort, était venu au monde par la tête, et qu'il n'avait pas cette ouverture à l'ombilic.

Le cordon a été lié très-près du ventre. Après la ligature, l'enfant a beaucoup crié, a été très-agité, a eu des vomissements, n'a plus eu de garde-robes, et le ventre a été très-tendu.

Ces symptômes abdominaux, qui étaient le résultat de l'étranglement de l'intestin, ont persisté pendant quatre ou cinq jours et n'ont cessé qu'après la chute de la ligature, qui a laissé après elle l'ouver-

ture que nous constatons, et par laquelle s'est écoulée une assez grande quantité de liquide verdâtre; après quoi l'enfant s'est trouvé très-soulagé. Il est nourri par sa mère, qui est forte, bien portante et a beaucoup de lait. Il tette avec avidité et ne ramène pas les liquides qu'il prend.

Lorsque j'ai vu ce petit malade pour la première fois, il était dans l'état suivant :

Il était maigre; l'ouverture ombilicale, qui permettait facilement l'introduction d'une sonde de femme, était entourée par un bourrelet muqueux dont les bords étaient très-saillants au-dessus de la peau, arrondis, d'une coloration rougeâtre, recouverts d'un fluide muqueux et que l'on pouvait réduire facilement. L'anneau ombilical était un peu dilaté, et la peau qui l'entourait ne formait pas de rebord saillant. Cette ouverture livrait passage, au dire de la mère, à une quantité de matières à peu près égale à celle qui s'écoulait par l'anus. Si on la fermait avec une pelote, toutes les matières sortaient par l'ouverture naturelle, sans que l'enfant parût en souffrir. La peau qui entourait l'ombilic était rouge.

Après m'être assuré, en fermant l'ouverture ombilicale, que les matières intestinales parcouraient tout l'intestin sans provoquer d'accidents abdominaux et qu'elles s'écoulaient en totalité par l'anus, j'ai cherché à obtenir la guérison de cet enfant. Le premier moyen de traitement que j'ai essayé a été de réduire le bourrelet muqueux, d'en cautériser les bords avec le nitrate d'argent, et d'appliquer une pelote qui a été maintenue avec des bandelettes de diachylum. Les cautérisations étaient profondes et renouvelées tous les quatre ou cinq jours. Ce traitement a été fait très-régulièrement pendant près de deux mois, et sans obtenir la plus petite amélioration. À chaque fois qu'on enlevait la pelote, elle était souillée par des mucosités jaunâtres, et les liquides s'écoulaient par l'ouverture ombilicale aussitôt qu'on cessait la compression. J'ai fait continuer encore pendant quinze jours ce traitement, et au bout de ce temps, je n'avais pas obtenu la plus petite diminution de l'ouverture accidentelle, malgré l'écoulement de toutes les matières stercorales par l'anus. Ce que l'enfant avait gagné, c'est que son état général était meilleur et qu'il avait repris de l'embonpoint.

La cautérisation aidée de la compression ayant complètement échoué, je voulais attendre, espérant qu'avec le temps la nature viendrait en aide à cet enfant. Mais le père inquiet, craignant que cet anus contre nature ne s'établît d'une manière définitive, a voulu qu'on tentât de le fermer. Je me suis alors décidé à faire la suture. Pour

faire cette opération, j'ai pratiqué une incision circulaire intéressant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, à l'aide de laquelle j'ai détaché le bourrelet muqueux et le trajet intermédiaire qui le sépare de l'intestin en prenant les plus grandes précautions pour éviter la lésion du péritoine. Ce premier temps de l'opération terminé, j'ai rentré en dedans, et le plus profondément possible, le rebord muqueux, de manière à mettre en contact les deux surfaces saignantes qui ont été maintenues en rapport par l'application de deux épingles et la suture entortillée. La plaie cutanée n'a point été rapprochée; elle a été couverte d'un linge enduit de cérat qui a été maintenu par un petit bandage de corps.

J'ai été assisté, pendant cette opération, par mon collègue, M. Davonneau.

J'ai revu ce petit malade le lendemain : il a dormi, peu crié et a bien tété. Il a la peau brûlante et le pouls fréquent. Le ventre n'est point tendu.

Cet enfant va par le bas sans manifester de la douleur. La suture maintient bien en contact les surfaces de la plaie, et il n'y a pas eu de suintement.

Le quatrième jour de l'opération, l'enfant n'a pas de fièvre. Les matières stercorales s'écoulent en totalité par l'anus.

Le 23 mars, au soir, huitième jour après l'opération, j'ai enlevé les épingles, et la plaie est parfaitement cicatrisée. Cet enfant ne paraît avoir ni coliques, ni embarras du côté du ventre.

Après l'extraction des épingles et la chute des fils, les bords de la plaie cutanée se sont rapprochés, et il s'est formé une cicatrice qui, au bout de quelques mois, n'était pas très-apparente. L'ombilic, au lieu d'être déprimé, était saillant.

L'anus contre nature, suite de la ligature de l'intestin avec le cordon ombilical, est un fait qui n'est pas très-rare : il a été observé trois fois par Sabatier, sept ou huit fois par Dupuytren, et on en trouve quelques exemples dans les recueils périodiques. Lorsque la hernie ombilicale congéniale est peu volumineuse et qu'elle est contenue dans la base élargie du cordon, il peut arriver, si on n'est pas suffisamment prévenu de la possibilité de cette complication, qu'en faisant la ligature du cordon, on comprime une portion d'intestin. Avant de lier le cordon ombilical, s'il est un peu volumineux à sa naissance, il est donc bien important de s'assurer s'il ne contient pas d'anse intestinale.

Chez cet enfant, l'erreur a été d'autant plus facile à commettre, que l'anneau était peu dilaté et que la tumeur devait être peu volumi-

neuse; ensuite la ligature a été faite par une femme qui était d'une ignorance complète en matière d'accouchements.

J'ai essayé d'obtenir la guérison de l'ouverture anormale en cautérisant fortement ses bords avec le nitrate d'argent et en appliquant un bandage qui s'opposait au passage des matières stercorales. Ce traitement, qui a été fait très-exactement pendant plus de deux mois, et à l'aide duquel des chirurgiens ont obtenu des guérisons, n'a procuré aucune amélioration.

Chez cet enfant, la perte de substance de la paroi intestinale était peut-être trop étendue, et alors l'ouverture cutanée livrait passage à une trop grande quantité de matières pour obtenir la guérison par les cautérisations.

Cet enfant, qui a toujours joui d'une bonne santé, est mort en quatre jours, à l'âge de 19 ans, en présentant tous les symptômes d'un étranglement interne. Je n'ai pu obtenir des parents de faire l'autopsie. Il est très-croyable qu'il y avait, dans le lieu occupé par l'anus contre nature, une bride qui réunissait l'intestin à la paroi abdominale, et que c'est autour de cette bride que se sera formé cet étranglement.

La mort ne pouvait être attribuée au rétrécissement de l'intestin, car des troubles dans les fonctions digestives se seraient manifestés longtemps avant la mort, et les phénomènes d'étranglement ne seraient pas survenus d'une manière aussi subite.

2^e Obs. — Femme Patron, âgée de 54 ans, habitant la commune de Maillé, mariée, mais n'ayant jamais eu d'enfants, forte et bien portante, se livrant aux travaux des champs : s'est aperçue, il y a cinq ans environ, qu'elle avait une grosseur dans l'aîne droite, qu'elle attribue à un effort qu'elle avait fait pour enlever un objet très-lourd. Cette grosseur n'était point douloureuse; elle sortait seulement quand elle faisait des travaux trop forts, et elle rentrait quand elle était couchée. Elle avait souvent des coliques, et n'avait jamais porté de bandage.

Le 12 août 1844, cette femme a été prise subitement d'une colique tellement vive, qu'on a été obligé de la rapporter des champs. Elle a eu plusieurs vomissements. On lui a appliqué des sangsues sur le ventre.

Mon collègue M. Davonneau, appelé le lendemain 13 auprès de cette malade, a constaté la présence d'une tumeur dans l'aîne droite, dont il a reconnu la nature et qu'il a cherché, à plusieurs reprises, à faire rentrer par le taxis.

La malade a été mise dans un bain, et on lui a fait prendre deux lavements purgatifs.

J'ai vu cette femme pour la première fois le lendemain, 14. La peau est brûlante, le pouls petit et accéléré; il y a une très-grande altération; la langue est rouge à sa pointe et recouverte d'un enduit jaunâtre. Cette malade vomit tous les liquides qu'elle prend, mêlés à des matières verdâtres qui ont une très-mauvaise odeur et qui ont tous les caractères de matières stercorales. Il y a souvent du hoquet. Le ventre est tendu, météorisé et douloureux à la pression. Il existe dans l'aîne droite, au-dessous du ligament de Fallope, à l'orifice de l'anneau crural, une tumeur dure à parois lisses du volume d'un œuf, de forme ovale, ayant son grand diamètre dirigé dans le sens de l'aîne, presque immobile, rendant un son mat à la percussion, très-douloureuse à la plus légère pression, et sans changement de couleur à la peau. Tous ces symptômes ne pouvaient laisser aucun doute sur l'existence d'une hernie crurale droite.

Le taxis ayant été essayé plusieurs fois, je n'ai point cherché à faire une nouvelle tentative, que la malade ne veut pas permettre, tant la tumeur est douloureuse. Nous étions au deuxième jour de l'étranglement d'une hernie crurale, ce qui ne permettait guère de compter sur la réduction.

J'ai fait l'opération, qui n'a rien présenté à noter. Lorsque le sac herniaire a été ouvert, il s'est écoulé un liquide grisâtre, répandant une odeur fétide. La hernie était formée presque en totalité par l'épiploon, et c'est en cherchant bien attentivement que j'ai trouvé en arrière une petite tumeur d'un noir foncé, du volume de l'extrémité du petit doigt. Elle paraît formée par l'intestin grêle et n'intéresse qu'une portion de la circonférence de cet organe. Elle présente en avant et sur sa convexité une ouverture irrégulière par laquelle s'échappent des matières fécales liquides.

J'ai enlevé la plus grande partie de l'épiploon, qui était gangrené. J'ai fixé par deux points de suture l'ouverture intestinale aux bords de la plaie. Quelques heures après l'opération, la malade s'est trouvée bien soulagée. Les vomissements ont cessé et les coliques sont bien diminuées. Au bout de quelques jours, la suppuration s'est établie; les parties gangrenées se sont détachées; les bourgeons charnus se sont développés; la plaie a pris un bon aspect et s'est rétrécie. Trois semaines après l'opération, la plaie était réduite à l'ouverture intestinale.

Quelques jours après l'opération, j'ai commencé à faire donner des lavements qui provoquaient des selles liquides et sans coliques. Il

passer par l'ouverture cutanée des matières liquides, jaunâtres, mais peu abondantes. Le seizième jour, cette malade a été à la selle sans lavement, et depuis cette époque elle a continué.

Deux mois après l'opération, cette femme se promène et commence à faire quelques travaux; elle a rarement des coliques, et les fonctions intestinales se font bien. L'ouverture de l'aine n'a pas diminué, et elle permet facilement l'introduction de l'extrémité du petit doigt, ce qui nous a permis de reconnaître que les deux bouts de l'intestin se continuent et qu'il n'y a pas d'éperon au fond de la plaie, ou, s'il existe, il n'est pas appréciable au toucher. Tous les jours, il s'écoule des liquides jaunâtres par l'ouverture accidentelle.

J'ai cherché à obtenir la guérison de cet anus contre nature par les cautérisations et l'application d'un bandage pour s'opposer au passage des liquides par la plaie. Ce traitement a été fait pendant plus d'un mois avec le plus grand soin, et cependant l'ouverture n'a pas diminué d'étendue, et elle laisse toujours passer des liquides jaunâtres ou verdâtres mêlés de gaz, qui sont trop abondants pour admettre qu'ils sont formés par des mucosités seules.

Cinq mois après l'opération de la hernie, l'anus contre nature est entouré d'un bourrelet muqueux, saillant, qui diminue de volume en le comprimant, et qui est un peu allongé dans le sens de l'aine.

Du moment où les matières passaient librement du bout supérieur dans le bout inférieur de l'intestin, il y avait toute chance de succès à faire la suture pour obtenir la guérison de cette malade, en suivant le même procédé opératoire que pour l'enfant de la première observation.

Deux jours avant l'opération, j'ai fait prendre 15 grammes d'huile de ricin pour débarrasser l'intestin, et la veille, j'ai mis cette femme à la diète.

J'ai incisé la peau circulairement à sa jonction avec le bourrelet muqueux et le tissu cellulaire sous-cutané; puis j'ai détaché le canal muqueux dans toute sa circonférence jusqu'aux aponévroses. Ce premier temps de l'opération terminé, j'ai retourné le bourrelet muqueux en dedans du conduit, et j'ai mis les surfaces saignantes en contact avec elles-mêmes. Elles ont été maintenues par des épingles et la suture entortillée. Après cette opération, la malade a gardé le lit, a été mise à la diète, et la cuisse a été maintenue demie-fléchie. Elle n'a pas eu de fièvre, mais elle s'est plaint de coliques, de brouillements de ventre, et elle a eu de la diarrhée. Tous les jours, on lui a fait prendre un lavement.

J'ai enlevé les épingles le huitième jour, et les fils sont tombés

quelques jours après. L'anus contre-nature est parfaitement fermé.

J'ai examiné cette femme un an après l'opération : elle est très-bien portante, n'a pas de coliques, et la cicatrice de l'aine est très-peu apparente. Elle porte un bandage, dans la crainte que la hernie ne se reproduise.

J'ai suivi le même procédé opératoire que pour l'enfant de la première observation, et j'ai obtenu un résultat aussi complet et aussi rapide. Cette malade était dans les meilleures conditions pour obtenir la guérison de son anus contre nature. En introduisant le doigt dans la plaie, je m'étais assuré que les deux bouts de l'intestin se continuaient directement, que la plaie n'intéressait qu'une petite portion de sa circonférence, et que s'il y avait un éperon, il devait être très-peu saillant, car on ne pouvait le reconnaître au toucher. Cette disposition anatomique des parties explique le passage facile des matières du bout supérieur de l'intestin dans le bout inférieur.

Lorsque, dans l'anus contre nature, les matières stercorales ont repris leur cours régulier, il faut donc chercher à fermer l'ouverture cutanée pour obtenir la guérison complète. Le moyen le plus rationnel et qui a dû le premier se présenter à l'esprit a été la suture. Lecat a eu, le premier, la pensée de pratiquer cette opération, mais il abandonna son projet, n'ayant pu réduire le renversement de l'intestin. Briens a fait le premier la suture. Après avoir rafraîchi les bords de l'ouverture, il a réuni par un fil passé en croix au moyen d'une aiguille.

L'ouverture se ferma, mais elle se rouvrit quelques jours après, et le malade ne voulut pas se soumettre à une nouvelle tentative. Au dire de Richerand, Judey aurait pratiqué avec succès la suture pour un anus anormal inguinal.

M. Velpeau a fait plusieurs essais pour arriver à fermer l'ouverture extérieure. Il a tenté l'avivement des bords de la plaie et leur réunion immédiate; puis il a appliqué un lambeau sur les bords de la fistule; enfin le bouchon, qu'il a employé avec succès pour les fistules laryngiennes. Toutes ces tentatives, qui ont été suivies d'insuccès ainsi que d'autres du même genre, témoignent, de la manière la plus évidente, combien il est difficile d'obtenir l'occlusion de cette ouverture.

Les deux observations qui font le sujet de cette communication, malgré leur date ancienne, me paraissent donc offrir de l'intérêt. Si la première tentative opératoire a été couronnée d'un plein succès, il faut l'attribuer au procédé qui a été suivi.

J'ai vu à l'hôpital Beaujon, en 1834, un malade qui, à la suite d'une hernie inguinale, avait un anus contre nature par lequel pas-

saient toutes les matières stercorales. Blandin a appliqué son entérotome, et les fonctions intestinales se sont rétablies. Mais il était resté une fistule stercorale par laquelle passaient des liquides jaunâtres. Blandin a fait plusieurs fois la suture après l'avivement des bords de la plaie, puis l'autoplastie. Ce n'est qu'après des tentatives plusieurs fois répétées qu'il est arrivé à obtenir la guérison complète de cette fistule.

La cause de l'insuccès de ces diverses opérations tenait à ce que le conduit qui fait communiquer l'ouverture intestinale avec la plaie extérieure reste libre, et alors les liquides intestinaux, dont tous les chirurgiens connaissent l'influence délétère sur les plaies, y pénètrent et se trouvent en contact direct avec la suture.

Le procédé que j'ai suivi a été mentionné et mis en pratique par Liotard. Cette tentative n'a point été couronnée de succès. Cette non-réussite tenait peut-être à ce que l'opération n'a pas été entourée de toutes les précautions voulues, ou que le malade n'était pas dans les conditions que j'ai indiquées pour tenter la guérison immédiate par la suture.

Cette opération consiste à inciser la peau et le tissu cellulaire autour du conduit jusqu'aux aponévroses. Si on est obligé d'aller au delà, il faut faire bien attention à ne pas atteindre le péritoine. Lorsque le conduit est détaché, on renverse les bords en dedans, de manière à bien mettre en rapport les surfaces saignantes qui sont maintenues en contact par la suture entortillée.

Ce procédé, lorsqu'il peut être mis en usage, me paraît bien préférable à tous les autres. Le bourrelet muqueux qui est rentré dans l'intérieur du conduit forme un véritable bouchon qui l'oblitére complètement et empêche les matières stercorales de venir se mettre en contact avec la plaie de la suture, cause fréquente d'insuccès.

Nous le voyons, le procédé opératoire proposé par Malgaigne est le même que celui qui a été décrit par Liotard en 1819, et que j'ai mis en pratique pour la première fois en 1839, avec un plein succès.

Cette opération offre le très-grand avantage de détruire le conduit qui existe entre l'intestin et l'ouverture extérieure. Ce trajet accidentel, dans lequel pénètrent les liquides intestinaux, est le véritable obstacle à la guérison complète de l'anus contre nature.

Malgaigne, ayant remarqué que la muqueuse était l'obstacle qui s'opposait à la guérison complète de l'anus contre nature, a conseillé de détacher le conduit anormal dans toute son épaisseur jusqu'à l'intestin, puis de renverser en dedans les lèvres de l'ouverture sans les aviver, afin de mettre en contact les surfaces saignantes qui sont

maintenues par la suture. Ce procédé opératoire a été exécuté avec un plein succès par les professeurs Nélaton et Denonvilliers, par M. Fleurot (de Dijon), et M. Parise (de Lille).

Il y a encore une circonstance propre à cette opération qui vient favoriser la réunion immédiate de la plaie, c'est que la suture ne porte pas sur le tissu cutané. Tous les chirurgiens savent que la peau qui entoure un anus contre nature est ordinairement rouge, épaissie, par conséquent plus friable et moins propre à la réunion immédiate, ce qui est encore une cause d'insuccès.

Si on voulait tenter de réunir la plaie cutanée en même temps que l'ouverture du conduit muqueux, on pourrait les comprendre toutes les deux dans la même suture.

KYSTE MULTILOCULAIRE A MARCHE RAPIDE

OVARIOTOMIE LE 28 NOVEMBRE. — MORT IMMINENTE PAR TYMPANITE. —
CRÉATION D'UN ANUS CONTRE NATURE. — GUÉRISON. —
AUTOPLASTIE CONSÉCUTIVE.

PAR

M. DUMESNIL, chirurgien de l'hôpital de Rouen

La malade qui fait le sujet de cette observation, domestique, âgée de 32 ans, entra à l'Hôtel-Dieu de Rouen au mois d'août 1866 pour un kyste multiloculaire de l'ovaire.

Elle a eu un enfant il y a 8 ans, mais pas de grossesse ultérieure. Elle est habituellement bien réglée et bien portante; cependant, il lui était resté à la suite de sa couche un prolapsus de l'utérus qu'elle contenait avec un pessaire.

Elle affirme ne s'être aperçue qu'au mois d'avril 1866 que son ventre augmentait de volume. A partir de ce moment, sa santé déperit; elle souffrait et ne pouvait que difficilement faire son travail; elle maigrit rapidement.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, l'abdomen, développé dans sa partie inférieure, mesurait 95 centimètres de circonférence; toute la région sous-ombilicale et la région ombilicale, jusqu'à l'épigastre, étaient occupées par une tumeur qui représentait au moins le volume d'une tête d'adulte, très-mobile dans tous les sens, non douloureuse à la pression et donnant des sensations diverses dans ses différentes parties.

La moitié inférieure était résistante et présentait à la palpation des inégalités sous forme de plaques dures, séparées par des dépressions; à ce niveau, on ne trouvait aucun indice de liquide. A partir de l'ombilic jusqu'à la limite de la région épigastrique, la tumeur offrait une portion ellipsoïde à grand axe transversal, lisse et manifestement fluctuante.

Cette portion était séparée de la partie inférieure par une dépression transversale peu profonde. Sur les parties latérales, la tumeur présentait une fluctuation obscure.

Son ensemble pointait fortement en avant ; les flancs n'étaient nullement évasés, ils étaient sonores, tandis que la partie antérieure de l'abdomen était mate. On constatait la sonorité stomacale sur la limite supérieure de la tumeur.

A l'exploration vaginale et rectale, on ne rencontrait aucune portion de la tumeur. L'utérus était très-mobile, la pression et les divers mouvements imprimés à la masse morbide ne communiquaient au col que des mouvements très-obscurs.

Le diagnostic était facile : il s'agissait évidemment d'un kyste multiloculaire de l'ovaire avec loge assez spacieuse à sa partie supérieure.

Pendant le séjour de la malade à l'hôpital, du 10 août au 20 septembre, l'aspect de l'abdomen ne se modifia nullement.

L'état général était assez mauvais, l'appétit faisait défaut, le pouls était faible, conservait toujours une certaine fréquence qui s'élevait vers le soir à 84, 85 ; la maigreur semblait augmenter.

Le cas me paraissait indiquer bien nettement l'ovariotomie, mais je désirais voir l'état général s'améliorer, et j'engageai la malade à retourner quelque temps à la campagne.

Je la revis vers la fin d'octobre ; la situation était à peu près la même. Je ne constatai pas encore à cette époque d'épanchement ascitique ; la malade se plaignait seulement de douleurs vers l'aîne droite et la cuisse du même côté. La tumeur conservait le même volume et la même mobilité.

Le 12 novembre, je trouvai de la douleur à la pression, immédiatement au-dessus de l'ombilic, et je crus un moment percevoir un léger frottement. Il y avait évidemment une couche de liquide entre la paroi abdominale et la moitié gauche de la tumeur ; à droite, celle-ci restait exactement appliquée contre les parois ; le décubitus, sur le côté droit, n'amenait pas le liquide de ce côté, ce qui me faisait craindre des adhérences.

Je proposai l'opération à la malade, en lui exposant les chances favorables et défavorables, et lui faisant entrevoir la terminaison nécessairement funeste de sa maladie si on ne la pratiquait pas. Cette femme, d'un caractère froid, ne parut pas éprouver d'émotion bien vive, et, trois jours plus tard, elle me fit dire qu'elle était disposée à se faire opérer. Alors déjà l'épanchement ascitique avait notablement augmenté, la couche de liquide n'était plus limitée à gauche, elle enveloppait complètement la tumeur, ce qui me donnait la certitude qu'il n'y avait pas d'adhérences à la paroi abdominale, ou que celles-ci étaient peu étendues.

Le poulx était toujours faible, avec une certaine fréquence; les règles avaient paru le 8 novembre et avaient duré quatre à cinq jours en quantité modérée.

J'installai la malade à la campagne, dans un lieu parfaitement aéré et élevé, le 24 novembre, et l'opération fut pratiquée le 28 en présence et avec l'aide des docteurs Flaubert, Daubent, Bouteiller, Déroque, Delabost et de M. Deshayes, interne des hôpitaux. La chloroformisation fut maintenue complète jusqu'à l'application des sutures; un moment, il y eut un serrement des mâchoires, de la contraction des muscles abdominaux, un peu d'écume à la bouche; l'écartement des dents avec une cuiller, la titillation de la gorge rétablirent la respiration rapidement, et l'opération fut continuée sans entraves.

J'incisai la ligne blanche dans une étendue de 8 à 10 centimètres, mais cette incision dut être ensuite agrandie de 5 centimètres par les difficultés de l'extraction du kyste; malgré cela, elle ne dépassa pas l'ombilic. Il s'écoula trois ou quatre litres de sérosité parfaitement claire. La ponction faite à trois endroits différents de la tumeur, avec le trocar de M. Kœberlé, ne donna pas une goutte de liquide.

Je déchirai alors le kyste avec les doigts, et j'évacuai, l'une après l'autre, une très-grande quantité de loges de capacité très-variable. Sur la partie antérieure et inférieure, la masse solide prédominait, les parois épaisses des poches étaient très-friables et se déchiraient facilement sans la traction des pinces.

A la partie supérieure, j'ouvris la poche principale avec la pointe des ciseaux, après avoir encore tenté inutilement de la vider avec le trocar, et j'enlevai le contenu avec les doigts; je vidai de même plusieurs loges latérales. Partout le liquide était très-épais, visqueux. Malgré tout, il fut impossible de débarrasser toutes les poches, et je dus me résigner à extraire une masse ayant encore presque le volume d'une tête d'adulte. C'est à ce moment qu'il fallut agrandir l'incision.

La main passée entre la paroi abdominale et la tumeur à la région ombilicale sépara des adhérences molles, dont la rupture donna lieu à l'écoulement d'une certaine quantité de sang. Les parties latérales étaient complètement libres. Le kyste dégagé, on trouva, à sa partie postérieure, des adhérences avec l'épiploon dans une largeur de deux centimètres; elles furent coupées entre deux ligatures.

La tumeur appartenait au côté droit, le pédicule avait la grosseur du pouce et une longueur de 5 centimètres. Il fut étreint avec un fil de fer double au moyen du serre-nœud de M. Kœberlé, de manière à laisser un moignon de 3 centimètres. Cette partie libre fut traversée

avec une tige d'acier repassant transversalement sur la partie inférieure de la plaie abdominale.

Quelques circonvolutions de l'intestin grêle étaient rouges, tomenteuses, évidemment le siège d'un commencement de péritonite. Du sang suintait au devant de l'épiploon; une application de perchlorure de fer à 40° n'arrêtant pas ce suintement, j'appliquai une pointe de feu sur un point d'où l'on voyait le sang s'échapper; mais une certaine quantité venait d'ailleurs, sans qu'on pût voir son origine; il fallut attendre assez longtemps que l'écoulement cessât spontanément.

Une très-faible quantité du contenu des kystes était passée dans le péritoine; la cavité pelvienne fut éponagée avec soin.

La plaie fut réunie par trois points de suture enchevillée avec des fils d'argent sans y comprendre le péritoine, et cinq points de suture entortillée superficielle. Je plaçai dans l'angle supérieur le fil de la ligature de l'épiploon, et dans l'angle inférieur, au-dessus du pédicule, un tube de verre de 10 centimètres.

L'opération avait duré une heure et demie. Elle fut suivie d'un refroidissement des extrémités et du visage durant trois à quatre heures, au bout desquelles la chaleur se rétablit.

Le cathétérisme de la vessie fut pratiqué six heures après l'opération, et, à ce même moment, je touchai le moignon du pédicule avec du perchlorure de fer à 40°. — Bouillon, eau rougie, liqueur ammoniacale anisée.

29 novembre. Pouls à 112, peu développé, ventre souple, indolent; pendant la nuit, douleurs assez vives dans la cuisse et le flanc droits. Pas de vomissements. Le cathétérisme est répété toutes les six heures. Vers midi, suintement sanguinolent autour de la ligature de l'épiploon; j'enlève l'épingle supérieure de la suture entortillée et j'évacue un quart de verre de sang liquide. Un peu de sensibilité à la pression à droite de l'ombilic et dans la fosse iliaque droite; le ventre se développe un peu dans la région sous-ombilicale. Même prescription.

30. Pouls à 116-120°, peu développé. Les parois abdominales se soulèvent et les anses intestinales commencent à se dessiner. La pression fait sortir de l'angle supérieur de la plaie une cuillerée environ d'un liquide brunâtre, d'odeur acide, mélangé de bulles de gaz. Pression un peu douloureuse à droite de l'ombilic et dans la fosse iliaque droite. Le tube de verre est trouvé rempli de liquide ascitique à chaque pansement. Pas d'émission de gaz par l'an us, pas de vomissements. Une tentative pour introduire une sonde œsophagienne dans le rectum reste sans succès. L'urine, évacuée régulièrement par le cathétérisme toutes les six heures, est en quantité normale.

J'enlève la suture superficielle. Lavement au miel de mercuriale, qui amène l'issue d'une certaine quantité de gaz. Bouillon, eau rougie, glace, liqueur ammoniacale anisée.

La plaie et le pédicule sont nettoyés à chaque pansement avec une solution de sulfate de soude à un dixième; le tube de verre est retiré, lavé et remplacé chaque fois; le pédicule est touché tous les jours avec le perchlorure de fer. Les pansements sont répétés quatre à cinq fois dans les vingt-quatre heures.

1^{er} décembre. Pouls à 116-124. Peu de sommeil. Issue d'une assez grande quantité de liquide brunâtre, d'odeur acide, par l'angle supérieur de la plaie; douleur légère à la pression, à droite de l'ombilic et dans la fosse iliaque; urines assez abondantes, ventre météorisé, mais souple; hémorrhagies, issue spontanée d'une certaine quantité de gaz. Nouvelle introduction de la sonde œsophagienne dans le rectum sans résultat. Même traitement.

2 décembre. Pouls à 100-104. Issue par les deux angles de la plaie de liquide brunâtre et fétide; persistance du météorisme sans aggravation; émission d'une assez grande quantité de gaz. Urines normales. J'enlève la suture profonde; la réunion est solide, j'applique par précaution la suture sèche. Bouillon, eau rougie, lavement au miel de mercuriale et au sulfate de soude.

3 décembre. La nuit a été bonne; il y a eu plusieurs heures de sommeil; pouls à 100 le matin, à 112 le soir avec un peu d'animation du visage. Pression un peu douloureuse à la partie la plus reculée du flanc droit, jusque sous les fausses côtes, mais sans tension ni gonflement. Tout le reste de l'abdomen est parfaitement indolent, mais développé par des gaz que la malade rend assez librement. Même traitement, pansements aussi fréquents.

4 décembre. Pouls à 100 le matin, 116 le soir. Légère excoriation au siège; météorisme assez considérable, ventre indolent. Urines assez copieuses, miction spontanée.

La pression au niveau de la cicatrice fait sortir une petite quantité de liquide brunâtre mélangé de bulles d'air; je parviens à introduire une sonde dans ce foyer par l'angle inférieur de la plaie et à y faire une injection qui est renouvelée à chaque pansement.

5 décembre. Pouls à 100 le matin, 108 le soir. Peu de sommeil; ventre souple et indolent, urines copieuses rendues spontanément; selles abondantes la nuit précédente; la plaie ne fournit que peu de liquide. Potage, œuf, biscuit.

Le pédicule se détache dans la journée. Le ventre se météorise davantage vers le soir, mais en restant indolent.

6 décembre. Pouls à 124 le matin, peau chaude, visage animé; la nuit a été agitée par des coliques venteuses; l'émission de gaz devient rare. Les urines continuent à être rendues spontanément et en quantité assez considérable. Le liquide fourni par la plaie est peu abondant, mais encore brunâtre et odorant. Lavement laxatif; poulet.

Le soir, le météorisme augmente considérablement, toujours sans douleur à la pression; la respiration est gênée, le pouls monte à 138-132. Deux ponctions intestinales avec un trocar d'un millimètre donnent issue à des gaz sulfurés et dégagent la région sous-ombilicale, mais la tympanite se reproduit rapidement et amène un instant des menaces de suffocation.

La liqueur ammoniacale anisée calme ces accidents. Un lavement au miel de mercuriale et au sulfate de soude, administré avec la sonde œsophagienne, provoque une garde-robe. Je prescris, en outre, 50 centigrammes de sous-nitrate de bismuth toutes les deux heures.

7 décembre. La nuit a été assez bonne. Le matin, le pouls est à 120, la respiration calme; ventre encore fortement météorisé, indolent. Les douleurs du côté du flanc droit ont disparu. Urines copieuses.

Il reste encore quelques débris du pédicule, donnant au liquide de la plaie un peu d'odeur et une teinte chocolat.

A onze heures du matin, le météorisme est considérable; il n'y a pas d'émission de gaz, le pouls est à 132. Une ponction intestinale dans le flanc gauche évacue une certaine quantité de gaz sulfurés. Extrait de fiel de bœuf en pilule.

8 décembre. Pouls variant de 124 à 132; moments de suffocation, respiration généralement anxieuse; météorisme considérable; pas d'émission de gaz, les lavements restent sans effet; l'introduction d'une sonde œsophagienne par le rectum se fait dans toute sa longueur et donne issue à quelques gaz, mais sans soulagement. Une ponction faite sur une anse intestinale dans l'angle inférieur de la plaie, avec un trocar de 2 millimètres, ne donne pas un meilleur résultat. Dans la nuit, sueurs froides, faiblesse extrême faisant craindre une mort imminente. Je fais quelques tentatives pour découvrir une anse intestinale; je tombe, au milieu d'adhérences fibrineuses, dans une cavité d'où sort une certaine quantité de liquide ascitique; le défaut d'aide m'arrête. La plaie est en très-bon état.

9 décembre. Même situation. 30 grammes d'huile de ricin en émulsion n'amènent aucune évacuation. Ballonnement considérable du ventre, oppression très-intense. Les urines sont toujours rendues en assez grande quantité et spontanément,

La journée est très-mauvaise, le poulx est très-faible, il y a des menaces de suffocation continuelles.

Le soir, je déchire une partie des adhérences : le doigt, introduit par cette ouverture, sent une anse intestinale derrière la cicatrice; celle-ci est incisée dans sa partie inférieure, et je ponctionne l'intestin avec la pointe du bistouri; les deux lèvres de cette ponction sont fixées aux bords de la plaie abdominale par deux points de suture. Quoique les bords de la plaie de l'abdomen fussent à peu près en contact, il n'était guère permis d'espérer que les liquides intestinaux, sortant avec impétuosité et en très-grande abondance, ne tomberaient pas en partie dans la cavité pelvienne; aussi, après l'évacuation des intestins, je plongeai rapidement des bondonnets de charpie au-dessous de la masse intestinale : ils ne me parurent pas ramener de traces sensibles de ces liquides. Les anses intestinales mises à nu étaient injectées, mais sans autre altération; elles étaient parfaitement libres, sans adhérences entre elles ni à la paroi abdominale. Un bout de sonde œsophagienne est placé dans l'intestin.

A dix heures du soir, amélioration très-notable, ventre indolent, considérablement diminué de volume, pas de vomissements, moral relevé. La malade a rendu des gaz en assez grande quantité par l'anus. Bouillons, potages, malaga.

10 décembre. La nuit a été très-bonne, il y a eu du sommeil, la malade se trouve très-heureuse; évacuations très-abondantes de gaz par la sonde, et entre elle et l'intestin; émission de gaz par l'anus, ventre indolent à la pression. Poulx à 108, urines assez abondantes. Beefsteak, potages, bouillons, malaga, une pilule de morphine.

11 décembre. Nuit excellente; poulx à 100, ventre souple, indolent. Le liquide qui s'écoule de l'ouverture intestinale est en grande partie très-clair, mélangé cependant de matières chymeuses en bouillie brunâtre; on y reconnaît la graisse du bouillon; de la pulpe de pommes, quelques fragments de pommes de terre reviennent sans avoir subi d'altération; le bouillon sort par la sonde une heure après son ingestion. Un essai d'injection de bouillon dans le bout inférieur de l'intestin est suivi immédiatement du rejet du liquide. Il en est de même d'un demi-lavement avec du bouillon et un œuf.

12. Poulx à 84; le ventre continue à s'affaïsser graduellement. J'enlève définitivement le tube de verre qui avait été maintenu jusque-là dans l'angle inférieur de la plaie; un bondonnet de charpie, introduit dans le trajet, est ramené presque sec.

Le foyer situé dans la matrice ne fournit qu'une suppuration peu abondante et de bonne nature. Côtelette, potages.

16 décembre. Selle liquide assez abondante, pour la première fois depuis la création de l'anus artificiel ; un tube de caoutchouc, que j'avais substitué à la sonde œsophagienne, conduit les matières dans un vase placé entre les cuisses de la malade ; l'écoulement par ce tube est peu abondant. La plaie se rétrécit rapidement.

24 décembre. Les selles continuent à se produire journellement, et, depuis cinq à six jours, avec une consistance et un aspect naturels. Le tube a été enlevé le 18. La plaie des parois abdominales est presque complètement cicatrisée au-dessous de l'ouverture intestinale. La malade est transportée à Rouen sans inconvénient.

La ligature de l'épiploon ne tombe que le 2 janvier.

L'écoulement des matières intestinales diminue graduellement pendant les trois premiers mois, de manière à se réduire à une petite quantité de liquide jaune verdâtre qui sortait surtout peu de temps après les repas.

Les règles reparurent au moins d'avril, et revinrent normalement les mois suivants. La malade avait repris son embonpoint et présentait un aspect de santé contrastant fortement avec l'apparence cachectique qu'elle avait avant l'opération.

Au mois de juillet 1867, la fistule stercorale persistait sans aucune tendance à la guérison spontanée ; depuis trois mois, il ne s'était produit aucune diminution dans l'écoulement des matières intestinales ; je me décidai alors à tenter de la fermer par une opération autoplastique.

La perforation intestinale, très-petite, difficile à voir, se trouve au fond d'un entonnoir elliptique de 3 centimètres de hauteur, se continuant en haut et en bas avec la cicatrice de l'opération, profond de 12 à 15 millimètres à son centre. Les bords de cet entonnoir sont formés par une zone de tissus indurés d'un largeur de 2 centimètres, coupée de chaque côté par trois sillons profonds, au fond desquels la peau paraît saine.

Après administration de 30 grammes d'huile de ricin la veille, je pratique, le 27 juillet, l'autoplastie d'après M. Velpeau. La malade chloroformisée, j'enlevai sur les parties latérales toute l'épaisseur du tissu inodulaire. L'avivement fut long, surtout à cause d'un écoulement assez abondant de sang artériel dont j'attendis la suspension spontanée. Une ligature fut cependant nécessaire, mais tout à fait à l'angle inférieur. J'obtins une plaie ovale de 5 centimètres de largeur et de 7 centimètres de longueur ; au fond de cette plaie, on voyait à peine le pertuis intestinal, dont les bords étaient indurés. Au-dessus et au-dessous de ce pertuis, la plaie avait nécessairement

pour fond le tissu de la cicatrice. Je plaçai trois points de suture métallique enchevillée, dont les fils affleuraient le fond de la plaie; je mobilisai les bords de celle-ci par deux incisions latérales profondes, et l'affrontement fut facile; cependant les lèvres de la plaie avaient de la tendance à se renverser en dedans, et je plaçai quatre points de suture séparés au devant de la suture profonde.

Cette opération avait duré deux heures. J'appliquai une simple compresse imbibée d'eau froide, qui fut constamment entretenue fraîche jour et nuit les deux premiers jours. Une pilule de 25 centigrammes d'extrait thébaïque fut donnée toutes les quatre heures. Peu de boissons; une petite quantité de bouillon.

Dès le lendemain, je crus remarquer, vis-à-vis l'ouverture intestinale, le suintement d'un peu de liquide. Le 29, ce suintement augmente; le 30, il continue sous forme d'un liquide mousseux, jaune-verdâtre.

L'état général était très-bon, les plaies latérales présentaient un aspect satisfaisant; on continua l'administration de l'opium et on donna des lavements huileux. J'enlevai la suture superficielle le 29, et la remplaçai par de petites bandelettes de charpie fixées au moyen de collodion. L'urine fut évacuée au moyen du cathétérisme pendant les deux premiers jours, pour éviter les efforts.

31 juillet. L'écoulement est plus abondant, la réunion paraît se maintenir à la partie moyenne; on supprime l'opium, on donne un lavement avec 60 grammes de miel de mercuriale. Bouillon.

2 août. J'enlève les points supérieurs et inférieurs de suture profonde, au niveau desquels la réunion ne s'était pas faite. Le point moyen est enlevé le 4; là, dans le tiers moyen de la plaie, la réunion s'est faite, mais non dans toute la profondeur, car les matières intestinales filtrent en petite quantité sous cette espèce de pont. Je soutiens cette partie réunie par une compresse épaisse au moyen d'une bandelette dont les extrémités sont fixées à l'abdomen par du collodion. Je donne à la malade quelques aliments solides, et je régularise les selles par des lavements laxatifs administrés tous les deux jours.

5 août. L'écoulement n'a lieu qu'après les repas et en très-faible quantité. La ligature de l'angle inférieur est tombée. La cicatrisation des plaies latérales se fait très-rapidement.

31 août. La compression a été maintenue sur la cicatrice de la manière indiquée. Les plaies latérales sont complètement cicatrisées depuis le 22 août. Sur la ligne médiane, la cicatrisation est aussi presque complète; il n'y a plus, au-dessus et au-dessous de la partie où la réunion immédiate s'est effectuée, qu'un petit pertuis insignifiant,

et c'est à peine si le tampon qui sert à la compression est teint par les matières intestinales.

La malade retourne à la campagne dans les premiers jours de septembre, munie d'une pelote convexe à ressort pour soutenir la cicatrice.

Je la revois le 21 septembre. Les deux petits pertuis persistent, mais à peine visibles ; l'écoulement n'est plus marqué sur le linge qui garnit la pelote que par deux petites taches insignifiantes. La malade marche et se livre à ses occupations de domestique sans gêne ni douleur. Je m'assure par le toucher vaginal que le prolapsus utérin, qui existait avant l'opération et qui avait précédé le développement du kyste, n'existe plus ; le col de l'utérus a sa situation normale.

Réflexions. — Cette ovariectomie est remarquable par deux complications dont chacune était de nature à amener la mort. La première de ces complications est la formation, derrière la plaie abdominale, d'un foyer sanguin qui a nécessité l'ablation d'un point de suture et créé un foyer de décomposition capable de déterminer les accidents les plus graves, si les barrières qui le limitaient eussent été détruites. Le sang de ce foyer provenait évidemment de la rupture des adhérences que nous avions rencontrées entre la partie supérieure du kyste et la paroi abdominale, au-dessus de l'ombilic. Bien que l'hémostase nous eût paru complète au moment de la réunion, le suintement s'était reproduit dans des proportions assez considérables, puisque nous avons évacué le lendemain un quart de verre de sang.

S'il est de principe absolu d'attendre, avant de clore la plaie, que tout écoulement sanguin ait cessé, il peut se rencontrer des cas difficiles où le chirurgien ne peut appliquer les moyens hémostatiques avec autant de précision et de sécurité qu'il le voudrait ; c'est ce qui a lieu lorsque le sang vient de parties situées au-dessus de l'angle supérieur de la plaie, qu'il serait impossible de mettre à découvert autrement qu'en prolongeant l'incision. Si l'écoulement est peu abondant et fourni par des vaisseaux très-ténus comme ceux d'adhérences récentes à la paroi abdominale, on peut porter la pulpe du doigt mouillée de perchlorure de fer sur le point d'où l'on suppose que le sang provient. C'est ce que j'aurais fait chez mon opérée, si

je n'avais pas eu lieu de croire l'hémostase complète. L'incision ne devrait être prolongée que si l'écoulement de sang était assez considérable pour donner à penser que des vaisseaux assez importants ont été ouverts.

Une seconde complication, beaucoup plus redoutable encore que la précédente et qui m'a fait désespérer un moment du succès, a été le météorisme, un des accidents que les ovarioto-mistes redoutent le plus et avec raison. Cette complication a été attribuée à différentes causes, et il est probable, en effet, que son mécanisme n'est pas toujours le même. Dans un bon nombre de cas, il me paraît causé par l'atonie des intestins qui, privés tout à coup d'une compression à laquelle ils sont habitués, n'étant nullement soutenus par des parois abdominales flasques, ne peuvent se débarrasser que très-incomplètement de leur contenu. Quand la distension de l'intestin grêle est arrivée à un certain degré, ses circonvolutions, tendues et développées dans tous les sens, exercent sur les parties latérales du colon une compression qui arrête complètement le cours des gaz et des liquides. C'est évidemment ainsi que les choses se sont passées chez ma malade. Nous voyons d'abord les gaz et quelques matières intestinales rendus dans les premiers jours ; puis un arrêt complet se produit, et, circonstance remarquable, qui m'a surtout frappé, la circulation des gaz se rétablit largement quelques heures après que l'intestin grêle a été vidé par la création d'un anus contre nature. Cette succession des phénomènes me paraît démontrer incontestablement le rôle de la compression du colon par l'intestin grêle.

Au point de vue du traitement, ce fait prouve qu'il ne faut avoir qu'une confiance très-limitée dans les moyens proposés comme les plus efficaces dans les cas où le météorisme devient menaçant, tels que l'introduction de sondes dans le rectum et les ponctions intestinales. Celles-ci ont été pratiquées à quatre reprises et même avec un trocar d'un certain calibre (2 millim.), et elles ont été aussi inutiles qu'innocentes.

Mais alors même, dans les cas les plus désespérés, le chirurgien ne doit pas s'avouer vaincu avant d'avoir tenté la création d'un anus contre nature. Quoique je pense avoir appliqué le

premier cette ressource extrême au traitement des accidents consécutifs à l'ovariotomie, je dois dire que l'idée m'en a été suggérée par la connaissance d'une des observations de M. Kœberlé, où ce chirurgien regrette de ne l'avoir pas fait.

Je terminerai ces réflexions en appelant l'attention sur la constance fortuite d'un prolapsus de l'utérus, indépendant de l'existence du kyste, et qui a trouvé sa guérison radicale dans les adhérences créées dans la cavité pelvienne par l'opération.

Extrait du rapport de M. A. Guérin.

Après les observations qui ont été récemment publiées sur l'ovariotomie, celle de M. Duménil reste encore une des plus intéressantes, et le chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Rouen doit être fier d'avoir triomphé des accidents auxquels son opération a donné lieu.

Il s'avoue bien, dans les réflexions dont il fait suivre son observation, qu'il n'a peut-être pas suffisamment arrêté le sang, et l'on pourrait ajouter que le cautère actuel, appliqué sur l'épiploon, n'est pas un moyen exempt de dangers ; mais ce fait, tel qu'il est, prouve une fois de plus encore que nous nous étions exagéré la susceptibilité du péritoine. Nous avons été élevés dans l'idée que quelques gouttes d'eau tombant dans la cavité péritonéale peuvent amener une péritonite mortelle. Souvent l'air a paru ne pas avoir une action moins funeste, et voilà que l'on ouvre le ventre des femmes, on y plonge les mains et les bras jusqu'aux coudes, on y introduit des éponges pour enlever le sang qui s'y est accumulé (heureux quand l'éponge n'y est pas oubliée !), puis les bords de la plaie ayant été rapprochés par une suture, la guérison arrive comme si l'on n'avait fait qu'une petite et très-petite opération. Pour M. Duménil, la guérison ne fut pas si facile. Du sang s'étant épanché entre la paroi abdominale et les intestins, et sortant difficilement, il fallut enlever un point de suture. Puis le météorisme survenant, et étouffant la malade par le refoulement du diaphragme, on ponctionna quatre fois l'intestin.

Si les ponctions ne causèrent pas d'accidents, elles ne firent pas grand bien ; car la malade étant dans l'état le plus grave, le chirurgien dut pratiquer un anus artificiel.

Ainsi, ouverture du ventre dans l'étendue de 15 centimètres, épan-

chement de sang dans la cavité abdominale, météorisme, pouls variant de 120 à 130 pulsations; opération d'anus artificiel et autoplastique pour fermer cette ouverture. Voilà à quoi il faut s'attendre quand on pratique l'ovariotomie.

J'ai condamné cette opération, il y a 15 ans, dans mon traité de chirurgie opératoire, alors qu'il n'en était pas question en France; je la trouve encore tellement effrayante, que j'approuve les chirurgiens qui ne se décident pas à la pratiquer; mais il est impossible de ne pas tenir compte des nombreux succès enregistrés dans les journaux de médecine. Quelque peu rationnelle que soit cette opération, quand on la juge avec les idées qui avaient cours dans la science, il y a quelques années, il faut reconnaître qu'il y a des cas dans lesquels on doit y avoir recours.

Il faut, toutefois, se bien garder d'opérer dans les cas de kystes uniloculaires contenant de la sérosité citrine, et l'on doit réserver cette terrible opération pour les kystes contenant un liquide filant, et seulement pour ceux qui ne restent pas stationnaires.

Les succès que la renommée enregistre ont, ce me semble, rendu les chirurgiens un peu aventureux. Dès qu'un kyste de l'ovaire se présente, vite on l'opère sans que l'on se soit toujours bien assuré que la malade eût pu vivre longtemps avec une tumeur qui n'était gênante que par son volume et son poids. Ce qui me fait encore redouter que notre génération ne se jette un peu trop dans les opérations aventureuses, c'est qu'on ne se contente plus d'enlever les kystes, on enlève la rate, on extirpe la matrice, et les chirurgiens sont satisfaits des résultats de leurs opérations.

Je ne nie pas les succès, je me révolte contre l'idée chirurgicale qui nous porte à fouiller dans la rate pour en extraire la plus grande partie, ou à l'enlever tout entière.

Quand Récamier tenta l'extirpation de la matrice à l'Hôtel-Dieu, personne ne prit cette opération au sérieux; on la considéra comme l'acte d'un cerveau malade et l'administration enjoignit au médecin de laisser les opérations aux chirurgiens.

Six malades, si mes souvenirs ne me trompent pas, avaient succombé à cette opération.

Pour instituer toutes ces opérations sur des bases solides, il ne faudrait pas seulement enregistrer des succès; il faudrait refaire la physiologie pathologique, et quand on nous aurait prouvé le rôle inoffensif du péritoine dans les opérations d'extraction des ovaires, de la rate et de la matrice, les partisans de ces opérations ne trouveraient plus d'adversaires.

En attendant, rendons justice aux efforts des hommes qui ont le courage de pratiquer ces opérations. Sachons admirer leur ténacité à lutter contre la mort et applaudir à leurs succès.

M. Duménil, qui nous a adressé l'observation d'ovariotomie dont je viens de vous entretenir, est connu de nous tous. Après avoir été un des internes les plus distingués des hôpitaux de Paris, il n'a pas voulu rester au milieu de nous, où sa place était marquée par les premiers prix qu'il avait remportés, par l'élévation de son esprit et par la dignité de son caractère : il est allé à Rouen où, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, il pratique avec le plus grand éclat.

Votre commission vous demande de vous souvenir des titres de M. Duménil, quand vous aurez à nommer des membres correspondants nationaux, et vous propose de publier son observation dans les bulletins de la Société.

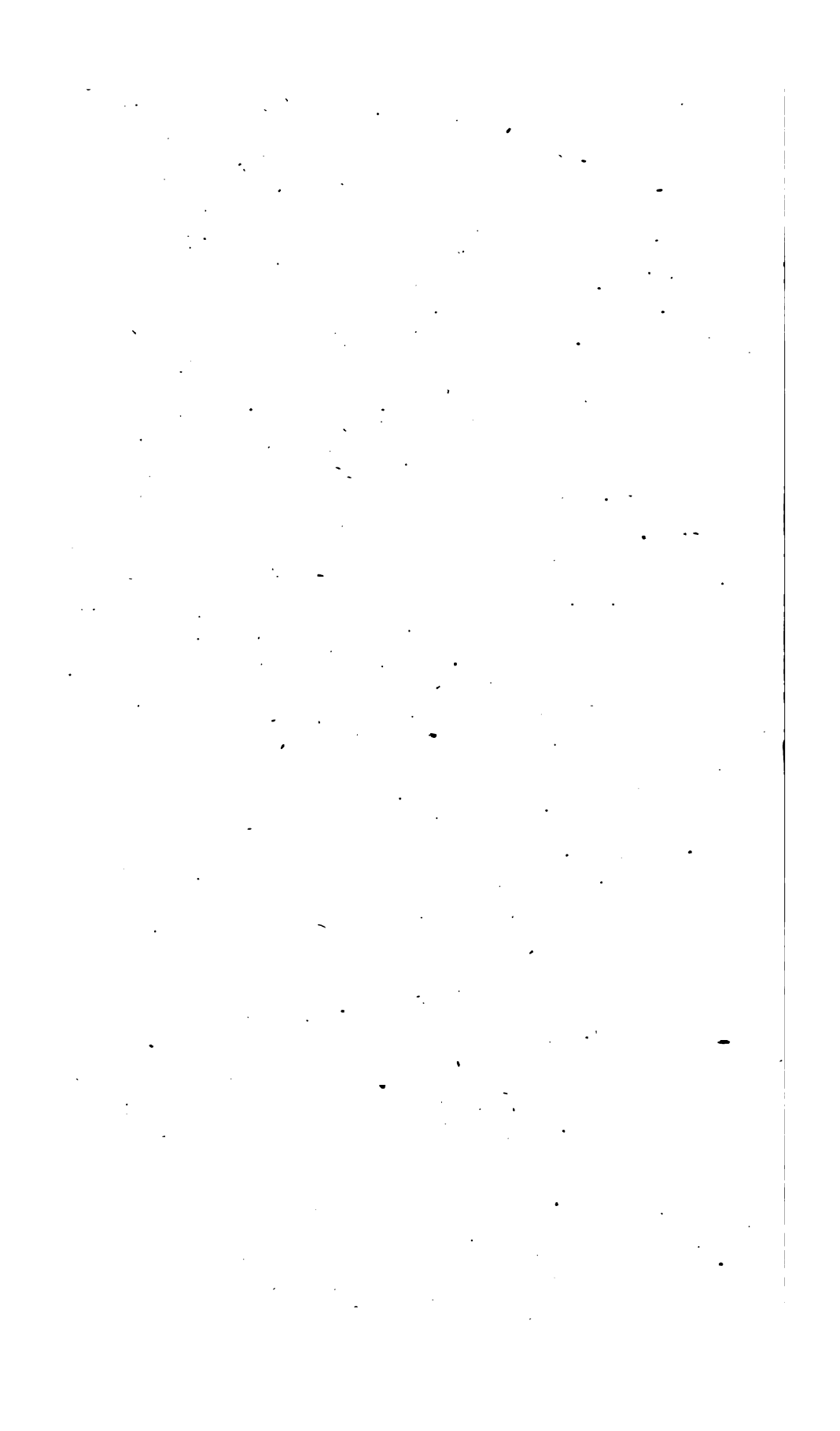


TABLE
ALPHABÉTIQUE ET ANALYTIQUE
DES MATIÈRES

RÉDIGÉE PAR LE SECRÉTAIRE ANNUEL.

A

- Abcès* sous-périostique du calcaneum, 85.
— de l'os coxal, 6,
— du scapulum, 496.
Adenome du sein, élimination spontanée, 236.
Anévrysme de l'arcade palmaire, 354.
— de la carotide, 358, 361.
— de la carotide, guéri par la compression, 111.
— de la fémorale, 355.
— du pli du bras, 356.
— poplité, 364, 384.
Anus contre nature, 526.
Amputation du pénis, 400.
— sus-malléolaire, 368.
Athéromes crétacés du scrotum, 427.
Attitude forcée des membres utilisée pour la thérapeutique, 476.
Autoplastie, 434.
Astragale, luxation et fracture, 490.

B

- Bec-de-lièvre*, 308, 336.

C

- Calcaneum* (résection du), 68.
Calculs de la vessie, 396.
— fragmentation spontanée, 299.
— chez la femme, 440.
Chancro, les deux espèces réunies chez un même malade, 328.
Chloroforme (mort par le), 341, 344.
Compression digitale dans le traitement de l'éléphantiasis, 392.
— — des inflammations, 380.
— — de la pustule charbonneuse, 387.
Compte-rendu des travaux de la Société de chirurgie pour 1867, 493.
Contraction des muscles de la hanche, 66.
Coxite aiguë, 6.
Crâne, fracture, 56, 142.
Crépitation anormale, 458.
Cystocèle périméal, 375.

D

- Déchirure* du rein et de la rate, 365.
Diabète, phlegmons et gangrène, 22, 87, 460.

E

- Éléphantiasis* lymphatique, 312.
— de la jambe, 392.
— de la vulve, 375.
Encéphalocèle, 337.
Ether (mort par l'), 401.
Erosion des cartilages du genou, 414.
— chanteuse, 44.

F

- Fistule* du prépuce, 4.
— stercorale, 458.
Fracture de la clavicule, 316.
— du fémur, 167, 277.
— des os du bassin, 276.
— du tibia, 78.
Frontal (nécrose du), 347.

G

- Gangrène* diabétique, 460.
Genou (résection du), 414, 418.

H

Hernie enflammée, 320.

- ombilicale, 553.
- (nouveaux bandages), 152.

I

Inflammation guérie par la compression-digitale, 380.

Intestins, perforation par les lombrics, 458, 536.

Iridectomie, nouvelles pinces, 459.

Ixodes, 414, 461.

K

Kyste dermoïde de l'ovaire, 64.

- hydatique de l'abdomen, 54.
- de l'ovaire (ovariotomie), 403, 405, 412, 542.
- séreux sous-claviculaire, 445, 458.

L

Larynx (polypes), 379.

Lèvres (tumeurs des), 434.

Lit mécanique, 134.

Lithotritie, 396.

- périnéale, 442, 443, 467.

Luxation de l'astragale, 490.

- du coude, 148, 224.
- des os du bassin, 17.

M

Membres artificiels, 17.

Molluscum, 429.

Mortalité des femmes accouchées, 79.

Mort de Follin (éloge), 224.

- de Foucher (éloge), 351.
- de Laborie (éloge), 479.

N

Nanisme avec polysarcie, 262.

Nerf lingual (excision du), 422.

Néuralgie de la langue, 422.

Nex (encéphalocèle de la racine du), 337.

- tumeur érectile, 326.

O

- Ongle incarné*, nouvelle opération, 224.
Oreille (corps étrangers vivants de l'), ixodes, 444.
Ostéile sous-périostée de l'os coxal, 6.
— du calcaneum, 85.
— du scapulum, 496.
Ovaire, kyste dermoïde, 64.
— multiloculaire, 403, 408, 412.
Ovariectomie, 3, 64, 401, 403, 408, 412, 459, 542.

P

- Paralysie* du bras, 34.
Péritonite herniaire, 330.
Phimosis (nouveau procédé), 367.
Phlegmons diabétiques, 22, 87.
Pneumatocèle du crâne, 520.
Polypes naso-pharyngiens, 28.
— du larynx, 379.
Prix Duval (rapport sur le), 514.
Pseudarthrose traitée par les pointes métalliques, 471.
Pustule maligne guérie par la compression digitale, 387.

R

- Rate*, déchirure, 365.
Rein, déchirure, 365.
— (plaie du), 398.
Reproduction des os, 88.
Réssection du calcaneum, 18, 68.
— du genou, 414, 418.
— de la mâchoire inférieure, 439.
— du nerf lingual, 422.
— du poignet, 476.
— sous-périostée, 1, 8, 14, 21.
— tibio-tarsienne, 468, 495.

S

- Scrotum* (tumeur multiple du), 427.
Souffle ombilical, 297.
Spina-bifida de la région lombaire, 373.
— périnéale, 319, 334.
Staphylophie, 16.

Suture sous-cutanée des tendons, 114.

Syphilis (traitement de la), 44, 53, 170, 171, 199, 220, 229, 239, 253, 261, 263, 280, 291.

T

Taille médiane (opération de la), 440, 447, 464, 466.

Trachéotomie, nouvelles canules, 110.

— difficulté d'enlever la canule, 131.

Tractions continues dans les accouchements, 320.

Trépan (opération du), 70, 82, 89, 113, 137, 143, 153, 166.

Tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne, 369.

— — du genou, 418.

— érectile du membre supérieur, 254.

— — du nez, 326.

— — de l'extrémité inférieure, 330.

— fibreuse du maxillaire supérieur, 81.

— fibro-plastique de la cuisse, 133.

— — de la fesse, 340.

— fibro-kystique de la mâchoire inférieure, 139.

— périnéale chez un nouveau-né, 300.

— de la région sous-claviculaire, 443, 438.

— du testicule, 462.

V

Varices lymphatiques, 312, 321.

Vertébral (mal), 435.

Vision binoculaire, 5.

Voile du palais (malformation du), 430.

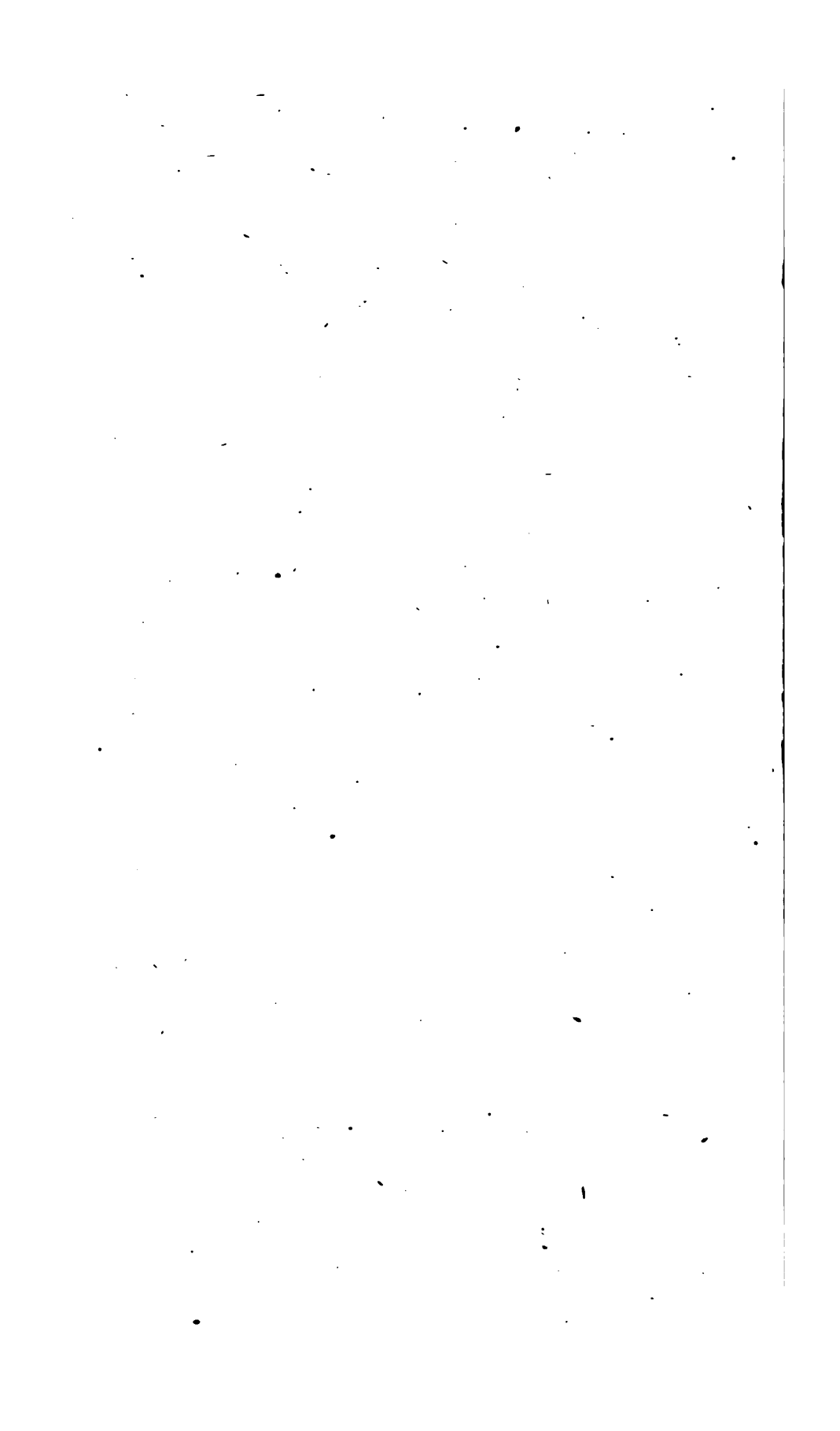


TABLE DES AUTEURS

A

AZAM, 236.

B

BEAUFORT (de), 17. BLOT, 30, 43, 68, 373. BOINET, 5, 54, 153, 373, 458, 459, 462.	BONNAFON, 223. BOURGUET (d'Aix), 375, 400. BOUVIER, 67, 455, 458.
---	---

C

CHAMPENOIS, 148. CHARRIER, 297. CHASSAIGNAC, 441, 464, 485, 473, 494, 498.	CINISELLI, (de Crémone), 112. CLOQUET, 170, 454, 455. CRUVEILHIER, 4. CULFRIER, 171.
---	---

D

DEGUISE, 71, 84. DEMARQUAY, 67, 314, 318, 443, 446, 454, 458, 459, 466. DEPAUL, 43, 229, 300, 307, 336, 337. DESORMEAU, 336, 372, 438, 447, 462. DESPRÉS, 14, 17, 26, 53, 145, 200, 232, 235, 239, 261, 264, 291, 315,	323, 341, 434, 438, 446, 491. DIDAT, 235. DOLBEAU, 44, 134, 174, 490. DROUINEAU, 396. DUBREUIL, 17, 114. DUMESNIL, 542.
--	--

F

FLEURY, 520.

G

GHERINI (de Milan), 254, 350. GINALDÈS, 18, 64, 67, 68, 69, 83, 88, 137, 306, 307, 308, 310, 374, 379, 401, 440, 441, 447, 464, 465. GUENIOT, 34, 299.	GUÉRIN, 53, 56, 142, 265, 316, 373, 440, 441, 444, 459, 490, 495, 553. GUERSANT, 312, 373, 454, 465. GUYON, 398, 476.
--	--

H

HERRGOTT, 28.
HERVEY DE CHÉGOIN, 441.

HOUEL, 326, 439, 464.

K

KUHN, 319, 334.

L

LABBÉ, 85, 321, 324, 325.
LABORIE, 318, 368, 372, 437.
LARREY, 18, 66, 70, 154, 166, 167,
263, 371, 467, 474.
LE FORT, 69, 83, 86, 89, 111, 130,
148, 174, 280, 446, 473.

LEGOUEST, 113, 467, 398, 439, 491,
517.
LEROUX, 170.
LEROY D'ETIOLLES, 224.
LIÉGEOIS, 461.

M

MARJOLIN, 6, 67, 131, 135, 147, 166, | 276, 277, 308, 318, 335, 436, 496.

N

NOTTA, 450.

O

OLLIER, 468, 471, 474.

P

PANAS, 54, 81, 232, 314, 328, 330,
331, 367.
PATRY, 526.
PERRIN, 23, 26, 69, 72, 78, 81, 83,

176, 314, 331, 332, 371, 474.
PÉTREQUIN, 453.
PRESTAT, 402.

R

RANVIER, 11.

RIGAUD, 18.

S

SÉDILLOT, 1, 8, 21.

SERRES D'ALLAIS, 5.

